



Рональд Комер

Основы патопсихологии

Оглавление

Об авторе.....	7
Предисловие.....	7
Основные особенности и преимущества.....	8
Конкретные особенности и преимущества.....	8
Благодарности.....	9
Предисловие научного редактора русского издания.....	11
Глава 1. Патологическая психология: прошлое и настоящее.....	12
Выявление психической патологии и ее лечение.....	13
Отклонение.....	13
Страдание.....	14
Дисфункция.....	15
Опасность.....	15
Психическая патология: ускользающая концепция.....	15
Определение лечения.....	16
Взгляд из прошлого на патологию и лечение.....	18
Воззрения древних.....	19
Взгляды на данную проблему и лечение психической патологии в античности.....	20
Европа в средние века: Демонология возвращается.....	20
Ренессанс и создание приютов.....	21
Девятнадцатый век: моральное лечение.....	22
Современные направления.....	26
Тяжелые психические нарушения и их лечение.....	27

Менее серьезные нарушения и их лечение.....	28
Сегодняшние перспективы и специалисты.....	28
Методы клинического исследования.....	29
Исследование отдельных случаев болезни.....	31
Корреляционный метод.....	32
Экспериментальный метод.....	34
Подводя итоги.....	39
Глава 2. Модели патологии.....	41
Биологическая модель.....	43
Биологические объяснения.....	43
Биологические методы терапии.....	46
Оценка биологической модели.....	49
Психодинамическая модель.....	49
Теория Фрейда.....	51
Другие психодинамические объяснения.....	54
Оценка психодинамической модели.....	56
Поведенческая модель.....	59
Поведенческие объяснения.....	59
Поведенческие методы терапии.....	60
Оценка поведенческой модели.....	61
Когнитивная модель.....	63
Когнитивные объяснения.....	63
Когнитивные методы терапии.....	63
Оценка когнитивной модели.....	64
Экзистенциально-гуманистическая опытная модель.....	65
Гуманистическая теория и терапия Роджерса.....	66
Гештальт-теория и терапия.....	68
Экзистенциальные теории и терапия.....	69
Оценка экзистенциально-гуманистической модели.....	69
Социокультурная модель.....	70
Социокультурные объяснения.....	71
Социокультурные методы терапии.....	72
Оценка социокультурной модели.....	78
Подводя итоги.....	79
Глава 3. Клиническая оценка, диагностика и лечение.....	82
Клиническая оценка.....	83
Свойства оценочных средств.....	83
Клинические интервью.....	85
Клинические тесты.....	87
Клинические наблюдения.....	97
Диагностика.....	100
Системы классификации.....	100
DSM-IV.....	102
Надежность и валидность классификации.....	103
Опасность ошибочных диагнозов и диагностических ярлыков.....	103
Лечение.....	104
Выбор лечения.....	105
Эффективность лечения.....	106
Подводя итоги.....	109

Глава 4. Генерализованное тревожное расстройство и фобии.....	111
Стресс, адаптация и тревожное реагирование.....	113
Генерализованное тревожное расстройство.....	116
Социокультурная модель.....	117
Психодинамическая модель.....	118
Гуманистическая и экзистенциальная модели.....	120
Когнитивная модель.....	121
Биологическая модель.....	125
Фобии.....	130
Типы фобий.....	131
Теории возникновения фобий.....	133
Терапия фобий.....	139
Подводя итоги.....	143
Глава 5. Паническое, обсессивно-компульсивное и стрессовые расстройства.....	146
Паническое расстройство.....	147
Биологическая модель.....	149
Когнитивная модель.....	151
Обсессивно-компульсивное расстройство.....	152
Навязчивые идеи (обсессии).....	154
Навязчивые действия (компульсии).....	155
Навязчивые идеи и навязчивые действия.....	155
Теории возникновения и методы лечения.....	156
Стрессовые расстройства.....	162
Военные действия.....	164
Катастрофы.....	165
Насилие и жестокое обращение.....	165
Теории формирования стрессовых расстройств.....	167
Методы терапии стрессовых расстройств.....	168
Подводя итоги.....	173
Глава 6. Расстройства настроения.....	175
Монополярная депрессия.....	177
Клиническая картина депрессии.....	178
Диагностика монополярной депрессии.....	179
Монополярная депрессия: возможные причины и методы лечения.....	180
Биологический подход.....	181
Психологический подход.....	187
Социокультурный подход.....	198
Биполярные расстройства.....	202
Клиническая картина мании.....	203
Диагностика биполярных аффективных расстройств.....	204
Возможные причины биполярных аффективных расстройств.....	205
Методы лечения биполярных аффективных расстройств.....	207
Подводя итоги.....	208
Глава 7. Самоубийство.....	211
Что такое самоубийство.....	213
Изучение суицида.....	215
Паттерны и статистика.....	216
Факторы, способствующие возникновению суицидных намерений.....	220
Стрессовые события и ситуации.....	220

Изменение настроения и образа мыслей.....	221
Алкоголь и наркотики.....	222
Психические расстройства.....	222
Моделирование.....	223
Объяснения суицида.....	224
Психодинамическая точка зрения.....	225
Биологическая точка зрения.....	226
Самоубийства в разных возрастных группах.....	227
Дети.....	228
Подростки и молодежь.....	229
Пожилые.....	230
Терапия и суицид.....	233
Терапия после совершения попытки самоубийства.....	233
Предупреждение суицида.....	233
Эффективность предупреждения самоубийств.....	235
Подводя итоги.....	236
Глава 8. Психологические факторы и физические болезни.....	237
Симулятивные расстройства.....	239
Соматоформные расстройства.....	241
Истерические соматоформные расстройства.....	241
Ипохондрические соматоформные расстройства.....	244
Объяснения соматоформных расстройств.....	246
Лечение соматоформных расстройств.....	248
Психофизиологические расстройства.....	250
Традиционные психофизиологические (психосоматические) расстройства.....	250
Новые психофизиологические расстройства.....	254
Психологические средства лечения физических болезней.....	262
Релаксационные тренировки.....	263
Установление биологической обратной связи.....	263
Медитация.....	264
Гипноз.....	264
Когнитивное вмешательство.....	265
Терапия инсайта и группы поддержки.....	265
Комбинированный подход.....	265
Подводя итоги.....	266
Глава 9. Расстройства питания.....	268
Нервная анорексия.....	269
Клиническая картина.....	270
Проблемы со здоровьем.....	272
Нервная булимия.....	272
Обжорство.....	274
Компенсующие действия.....	275
Сравнение нервной булимии с нервной анорексией.....	277
Причины появления расстройств питания.....	278
Социальное давление.....	278
Семейная обстановка.....	279
Эго и когнитивные расстройства.....	281
Расстройства настроения.....	282
Биологические факторы.....	283

Лечение расстройств питания.....	284
Лечение нервной анорексии.....	284
Лечение нервной булимии.....	287
Подводя итоги.....	290
Глава 10. Расстройства, вызванные использованием психоактивных веществ.....	291
Депрессанты.....	294
Алкоголь.....	294
Седативно-снотворные лекарственные средства.....	298
Опиаты.....	300
Стимуляторы.....	302
Кокаин.....	303
Амфетамины.....	307
Галлюциногены, каннабис (конопля) и комбинации психоактивных веществ.....	308
Галлюциногены.....	308
Каннабис (конопля).....	309
Комбинации психоактивных веществ.....	313
Объяснения причин расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.....	315
Социокультурная точка зрения.....	315
Психодинамическая точка зрения.....	315
Бихевиористская точка зрения.....	316
Биологическая точка зрения.....	317
Методы лечения расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ.....	320
Психодинамические методы лечения.....	320
Поведенческая терапия.....	320
Когнитивно-поведенческая терапия.....	321
Биологические методы лечения.....	322
Социокультурные методы лечения.....	324
Подводя итоги.....	327
Глава 11. Сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации.....	330
Сексуальные дисфункции.....	330
Расстройство фазы влечения.....	331
Расстройства фазы возбуждения.....	334
Расстройства фазы оргазма.....	337
Болевые ощущения во время занятий сексом.....	343
Лечение сексуальных дисфункций.....	345
Секс-терапия.....	346
Терапия, ориентированная на проблемы.....	348
Новые направления в секс-терапии.....	351
Парафилии.....	352
Фетишизм.....	352
Эксгибиционизм.....	354
Вуайеризм.....	354
Фроттеризм.....	355
Педофилия.....	356
Сексуальный мазохизм.....	356
Сексуальный садизм.....	357

Общественные нормы и сексуальные ярлыки.....	360
Расстройство половой идентификации.....	360
Подводя итоги.....	362
Глава 12. Шизофрения.....	364
Клиническая картина шизофрении.....	365
Симптомы шизофрении.....	367
Дифференциальная диагностика.....	372
Теории возникновения шизофрении.....	373
Биологический подход.....	374
Психологический подход.....	378
Социокультурный подход.....	379
Методы лечения шизофрении.....	382
Лечение в условиях стационара в прошлом.....	382
Усовершенствованное лечение в условиях стационара.....	383
Антипсихотические препараты.....	386
Психотерапия.....	390
Общественный подход.....	391
Подводя итоги.....	397
Глава 13. Расстройства памяти и других когнитивных функций.....	399
Диссоциативные расстройства.....	400
Диссоциативная амнезия.....	401
Диссоциативная фуга.....	402
Расстройство множественной личности (диссоциативное расстройство личности).....	403
Возможные причины диссоциативных расстройств.....	407
Психодинамический подход.....	407
Поведенческий подход.....	408
Научение, зависимое от состояния.....	409
Аутогипноз.....	410
Методы лечения диссоциативных расстройств.....	411
Методы лечения диссоциативной амнезии и фуги.....	412
Методы лечения диссоциативного расстройства личности.....	412
Органические расстройства памяти.....	413
Биология памяти.....	413
Амнестические расстройства.....	416
Деменции.....	419
Методы лечения органических расстройств памяти.....	423
Подводя итоги.....	426
Глава 14. Расстройства личности.....	428
«Странные» расстройства личности.....	431
Параноидное расстройство личности.....	431
Шизоидное расстройство личности.....	433
Шизотипическое расстройство личности.....	434
«Драматические» расстройства личности.....	436
Антисоциальное расстройство личности.....	437
Пограничное расстройство личности.....	441
Гистрионное расстройство личности.....	445
Нарциссическое расстройство личности.....	447
«Тревожные» расстройства личности.....	449
Избегающее расстройство личности.....	449

Зависимое расстройство личности.....	451
Обсессивно-компульсивное расстройство личности.....	454
Расстройства личности: дилеммы и сомнения.....	456
Подводя итоги.....	457
Глава 15. Расстройства детского и пожилого возраста.....	459
Расстройства детского и подросткового возраста.....	460
Детские тревожные расстройства.....	461
Депрессия у детей.....	464
Расстройства, выражающиеся в разрушительном поведении.....	464
Расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью.....	467
Расстройства выделительных функций.....	470
Длительные расстройства, начинающиеся в детстве.....	472
Аутизм.....	472
Умственная отсталость.....	477
Расстройства пожилого возраста.....	487
Расстройства настроения, тревожные расстройства и расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами.....	488
Делирий и деменция.....	490
Ключевые факторы, влияющие на психическое здоровье пожилых людей....	491
Подводя итоги.....	493
Глава 16. Закон, общество и профессия психиатра.....	495
Влияние клиницистов на систему уголовного права.....	496
Принудительное лечение преступников и некомпетентность на суде.....	502
Влияние законодательства на систему психиатрических клиник.....	503
Принудительное лечение в гражданском порядке.....	503
Защита прав пациентов.....	507
Другие виды взаимодействия между клиницистами и законодательными органами.....	511
Саморегуляция: этика и система охраны психического здоровья.....	512
Психическое здоровье, бизнес и экономика.....	514
Бизнес и психическое здоровье.....	514
Экономика и психическое здоровье.....	515
Человек и профессия.....	516
Подводя итоги.....	516
Приложение. Диагностическая таблица DSM-IV.....	518
Глоссарий.....	527
Список литературы.....	560

(Ronald Comer. Fundamentals of Abnormal Psychology)

Полная картина современного состояния клинической психологии. Объективный взгляд на весь спектр психических расстройств, их причины и лечение с позиций основных биологических, психологических и социокультурных подходов. Лаконичность изложения, выверенное сочетание теории и практических рекомендаций, научность и, одновременно, увлекательный рассказ.

Об авторе.

Рональд Дж. Комер — профессор кафедры психологии Принстонского университета. Он преподает уже 24 года. В течение почти всего этого времени Рональд Комер руководил отделением клинической психологии. За выдающееся преподавание в университете он получил награду президента.

Одновременно он работает как психолог-клиницист и является консультантом в институте Эдена, где исследуются проблемы людей, страдающих аутизмом. Еще Рональд Комер консультирует местные программы по повышению квалификации психотерапевтов в больницах Нью-Джерси и семейных психотерапевтов. Кроме того, он занимает должность адъюнкт-профессора-клинициста по семейной медицине в медицинской школе Роберта Вуда Джонсона.

Рональд Комер не только автор «Основ патопсихологии», им написан еще и учебник «Патопсихология», выдержавший уже третье издание. Комер опубликовал ряд журнальных статей по клинической психологии, социальной психологии и семейной медицине.

Профессор Комер учился в университете Пенсильвании и закончил университет в Кларке. В настоящее время он живет в Лоуренсвилле, штат Нью-Джерси, со своей женой Марлен и собакой Энни. Отсюда он может наблюдать за своими сыновьями Греггом и Джоном, живущими в Нью-Йорке, и за своими любимыми спортивными командами Филадельфии.

Предисловие.

Новое издание открывает новые возможности. Оно позволяет автору оглянуться и посмотреть, отвечает ли книга поставленным им целям. Автор теперь может разработать новые цели, добавить новые идеи, темы и точки зрения, чтобы выпустить книгу еще более высокого качества.

Меня очень порадовали одобрительные отклики на «Основы патопсихологии». В то же время в течение последних трех лет я внимательно прислушивался к предложениям профессоров и студентов и приложил много усилий, чтобы включить их идеи в новое издание. В результате, как мне кажется, появилась книга, которая должна понравиться читателям, — она открывает двери патопсихологии для студентов и делает это в наглядной, увлекательной и интересной форме.

В этом издании основ патопсихологии я снова предлагаю учебник среднего объема — как раз такой подойдет студентам, которым для небольшого курса психологии в течение непродолжительного семестра и при большой занятости требуется более краткое изложение, чем третье издание «Патопсихологии». Моей главной целью при написании «Основ патопсихологии» было удовлетворить потребность студентов и в то же время предложить высококачественный учебник, написанный в подходящем тоне и обладающий цельностью, необходимой для преподавания. Благодаря многочисленным рецензентам, я считаю, что достиг этой цели, в особенности в этом новом издании. Я рискую показаться нескромным, но тем не менее позвольте мне описать особенности этой книги.

Основные особенности и преимущества.

Все содержание и изложение основ патопсихологии тщательно учитывалось и предназначалось для удовлетворения потребностей и целей профессоров и студентов. Поэтому этот учебник отличается следующими основными чертами.

— Краткость изложения и насыщенность материала: несмотря на относительно

небольшой объем, учебник равномерно и полностью описывает эту широкую тему. Делается попытка расширить мышление студентов и заставить их задуматься, в книге нет тенденции обходить темы стороной и недооценивать способности студентов.

— Человечность: предмет изучения психопатологии — люди, зачастую испытывающие сильную боль. Поэтому я пытался всегда гуманно подходить к их проблемам и передавать это отношение студентам. Книга излагает все от одного лица ясным и конкретным языком — в этом главное преимущество учебника, написанного одним автором.

— Обширность и сбалансированность: все основные психологические, биологические и социокультурные модели представлены целиком и полностью без всякого предубеждения к тому или иному подходу. Данный учебник не является каким-то видом книги по психодинамике, поведению или биологии. Эта книга включает все эти темы.

— Полное описание лечения: в этой книге представлены обзоры с изложением лечения. Помимо полного обзора лечения в первых главах каждая глава, описывающая определенную патологию, включает полное описание соответствующих методов лечения.

— Представлено много конкретных случаев патологии: в книге приводятся многочисленные примеры из клинической практики, дающие возможность применить теорию и рассмотреть методы лечения. В книгу включены рассуждения о конкретных случаях.

— Уделяется внимание этническим и гендерным аспектам: постоянно учитываются этнические и гендерные различия, так же как и связанные с ними проблемы предрассудков. Рассматриваются такие темы, как гендер и депрессия; учитываются исторические ярлыки, предназначенные для дискриминации некоторых групп людей; учитываются расовые различия в представлении о теле и традициях питания.

— Темы, представляющие особый интерес: книга посвящает целые главы важным предметам, представляющим особый интерес для читателей студенческого возраста, например, расстройства питания, суицид и расстройство памяти. Учебник также охватывает противоречивые темы, которые постоянно освещаются в новостях, например, применение «Риталина», лечение по Интернету, право на совершение самоубийства.

— Внимание к критическим размышлениям: книга предоставляет инструменты для критического размышления о психопатологии. Читатели приобретают способность оценить и подвергнуть сомнению современные представления. В каждую главу входят многочисленные критические вопросы, а также раздел с одноименным названием, описывающий перспективы.

— Стимулирующие описания: в главах описываются понятия, расстройства, лечение и практика, приводятся много ошеломляющих фотографий, диаграмм и графиков. Все графики и таблицы, многие из которых являются новыми для этого издания, отражают самые современные данные.

— DSM-IV: клинические рассуждения строятся на основе понятий из справочника DSM-IV, представляющего полную диагностическую систему в данной области. DSM-IV представляет собой критерии, используемые клиницистами, когда они ставят диагноз. Описания из справочника приводятся и в приложении. В то же время поднимаются вопросы о надежности и валидности этой системы классификации.

— Адаптивность материала: все главы самодостаточны, поэтому их можно использовать в любом порядке, в каком преподаватель сочтет нужным.

Конкретные особенности и преимущества.

— Глоссарий: сотни ключевых слов подчеркиваются и определяются там, где впервые появляется данное слово. Кроме того, в конце книги приводится традиционный глоссарий.

— Вопросы для размышления: в каждой главе приводятся многочисленные вопросы. Всего их более 150.

- «Психологические заметки»: интересные психологические факты и новости появляются по всему тексту, они приводятся для развлечения и делают материал более популярным. В темы психологических примечаний входит плата, которую брал Фрейд за терапию, знаменитые терапевты из кинофильмов и цена разработки психотропных лекарств.
- Цитаты: интересные цитаты в тексте приводят мнения знаменитых ученых, исследователей, и клиницистов, провоцируя читателей.
- Тематические таблицы: часто встречающиеся таблицы суммируют и сравнивают информацию о расстройствах различного типа.
- Рубрики «Крупным планом»: многочисленные вставки приводят важные и интересные примеры в данной области. В темы этих вставок входят выпивка студентов, сны, синдром Мюнхгаузена и подавленные детские воспоминания об изнасиловании.
- Рубрики «Сцены из современной жизни»: многие вставки описывают события в мире вокруг нас. В том числе самоубийство членов секты «Небесные Врата», эпидемию «коровьего бешенства», увлечение мелатонином и обвинения 6-летних детей в сексуальном преследовании. В заключение каждой вставки со сценой из современной жизни даются критические вопросы, которые помогают студентам понять, использовать и запомнить то, что они выучили.
- Рубрики «Патология и искусство»: приводятся интересные факты на соответствующие темы из кино, литературы, живописи и музыки. «Патология и искусство» уделяет внимание таким темам, как связи между насилием в кино и антисоциальным поведением в жизни, взаимосвязь между креативностью и психологическими дисфункциями и тем влиянием, которое оказывают рок-звезды, умирающие от наркотиков.
- «Подводя итоги»: это заключительный раздел в каждой главе, в нем объединяются вместе принципы и результаты исследований различных моделей патологии. В каждом таком разделе исследуется вопрос, можно ли применить более интегрированный подход и использовать конкурирующие модели. В разделе «Подводя итоги» подводится итог тому, в каком состоянии находится в настоящее время данная область исследований и указываются возможные направления для новых разработок.
- «Резюме»: в каждой главе читателям предоставляются несколько коротких обзоров, помещенных после материала по теме, а не один длинный обзор в конце главы. Эти разделы помогают студентам самим усвоить материал и запомнить содержание.
- «Ключевые термины»: список ключевых терминов, который появляется в конце каждой главы и помогает студентам вспомнить и повторить прочитанное. В этом издании каждый термин приводится на той же странице, где он появился и это помогает студентам при повторении.
- «Контрольные вопросы»: десять обзорных вопросов по данному материалу в конце каждой главы. В этом издании каждый вопрос относится к соответствующим страницам текста и помогает студентам лучше запомнить и переработать материал.
- Список из справочника DSM-IV: в приложении дается подробный список критериев из справочника, описывающих диагнозы. В тексте при описании соответствующих расстройств даются ссылки на этот список.

Благодарности.

Я чрезвычайно признателен многим людям, которые помогли написанию и выпуску этой книги. В особенности я благодарен Марлен Комер за ее превосходные и неустанные усилия, ее работу над рукописью и за ее мнение редактора. Кроме того, я признателен Мэрион Ковалевски, Арлен Керчь, Вере Сол, Берни Вануитер и Кэрл Заффарец за их помощь.

Приношу искреннюю благодарность Мит Боуэн, Гретхен Рикардс, Джону Биверу, Грегу Комеру, Эми Дирбергер — всем необычайно талантливым людям, проводившим исследования и помогавшим составить черновики вставок из разделов этой книги. Их вклад действительно был велик. Я также высоко ценю тяжелый труд добросовестных научных ассистентов, Линды Чамберлен, Джона Комера и Эми Крис.

В ходе моей работы над этим изданием я получил ценную поддержку и идеи от ряда

выдающихся академиков и клиницистов, просмотревших части рукописи. Их коллективное знание, предложения и точки зрения нашли отражение во втором издании, и я глубоко благодарен:

Керму Алмосу, Университет Кэпитэл

Дороти М. Бьянко, Колледж Род Айленд

Конни Р. Боровиц, Школа инженеров в Милуоки

Кэтэрин Симини, колледж Ликоминг

Эрику Дж. Кули, Университет в западном Орегоне.

Лори М. Корей, Колледж Ветчестера

Эндрю Л. Дикинсон, Университет в южной Миссисипи

Эллен Домм, Колледж Грин Ривер

Линде И. Фликингер, Колледж округа Сент-Клэр

Френку Гудкину, Государственный колледж в Кастлтоне

Дебре Б. Халл, Университет Уилинг Джезуит

Хайди М. Индербицен-Нолан, Университет Линкольна в Небраске

Чарльзу Джеффрису, Центральный колледж Сиэтла

Стивену Р. Кэхоу, Колледж Эль Пасо

Дженнифер Лангхинриксен-Ролинг, Университет Линкольна в Небраске

Марлен Моретти, Университет Саймона Фрезера

Шелли Найгард, Колледж Лейкленд Сонье Джин Пауэлл, Колледж Олайв-Харви

Линну П. Рему, Университет Хьюстона

Бет М. Риенци, Калифорнийский государственный университет

Аните Розенфилд, Колледж Чэфей

Катрин Элен Ройэл, Государственный университет в среднем Теннесси

Ирвингу Ф. Такеру, Колледж Шеферд

Майклу У. Весей, Государственный университет Огайо

Эми Р. Уолфсон, Колледж Святого Креста.

Также я еще раз благодарю тех, кто рецензировал предыдущее издание «Основ патопсихологии». Они внесли значительный вклад и помогли сделать это издание более точным и глубоким. Это Отто Берлинер, колледж Альфред; Стив Коллинз, колледж Рио Хондо; Джон Конклин, Колледж Кеймосан; Маржори Хэтч, Южный методистский университет; Мэри Ливингстон, Технический университет Луизианы; Чарльз Спиррисон, Государственный университет Миссисипи.

Что касается этого издания, то я выражаю благодарность издательству и профессионалам, которые участвовали в разных стадиях производства книги, оказавшегося более сложным, чем обычно. Пока писалась эта книга, издательская группа Колледжа Сант-Мартина — головная компания *Уорт Паблишерз* и *У. Х. Фримэн* — перестроила свою работу так, что все книги по психологии теперь будет публиковать *Уорт паблишерз*. То есть группа сотрудников в издательстве *У. Х. Фриман* участвовала в первых стадиях разработки книги и затем в *Уорте* совершенно другая группа взяла на себя задачу обработки и производства книги. Я глубоко благодарен и тем и другим.

Прежде всего мне хотелось бы отметить вклад моих друзей и бывших коллег в *У. Х. Фриман* — среди них Элизабет Уиддикомбе, Сьюзан Финнеморе Бреннан, Мелисса Уоллерштейн, Джон Хабера и Жанин Силиотта — они запустили это издание и помогли мне определить его основные цели и разделы. Точно так же я благодарен Мойре Лернер, замечательному и талантливому редактору-разработчику первого издания «Основ патопсихологии», чья выдающаяся работа оказала влияние и на это издание.

Далее я хотел бы принести глубочайшие и сердечные благодарности замечательным людям, с которыми я работал в *Уорт Паблишерз*. Они с энтузиазмом приветствовали мою книгу, тщательно работали над ней до того, как она вышла в свет, и придали тексту высочайшее качество. Приношу благодарность Сьюзан Дрисколл, президенту *Уорт*, и Кэтрин Вудс, главному редактору, следившей за выпуском и собравшей целую команду превосходных профессионалов, работавших со мной. Я бы мог написать много страниц с выражением признательности и восхищения перед работниками редакции, каждый из которых стал моим другом. Все же, из экономии места, я просто и честно скажу, что каждый из них поистине великолепно потрудился в своей сфере, и я всегда буду ценить и помнить их превосходный вклад, их потрясающую рабочую этику, их бесконечную щедрость и теплое отношение. Это Сюзанна Тибодо, директор издательской службы; Мэри Шафорд, внештатный разрабатывающий редактор, Сьюзан Голдфарб, внештатный выпускающий редактор; Дженни Николс, главный

дизайнер; Дэн Поташ из дизайн-группы «Крутящееся яйцо»; Сара Сегал, менеджер производства; Дебора Гудсайт, менеджер фоторазработок; Кейт Штейнбахер, директор маркетинговой разработки.

Другие сотрудники *Уорта*, внесшие замечательный вклад, — это Марк Пэлач, внештатный директор проекта; Джон Филип, видеорежиссер; Сью Готфрид, литературный редактор; Джин Эрлер, корректор; Фред Кеплер, составитель указателя, и Лоуренс Герра, ассистент редактора.

Я также хотел бы поблагодарить Мэри Шепперт, вице-президента и директора продаж, и замечательных торговых представителей компании, которые по-прежнему с энтузиазмом встречают каждое издание «Основ патопсихологии» и «Патопсихологии» и представляют ее профессорам во всей Северной Америке. Наконец, я приношу благодарности Роберту Бивену, председателю научной американской издательской группы колледжа святого Мартина, наблюдавшему за перестройкой компаний и уделившему внимание моему переходу из одной компании в другую, вместе со многими другими людьми, которые испытывали беспокойство, профессиональное и личное, которое неизбежно сопровождает такой переход. Мне доставило большое удовольствие работать с этим замечательным, заботливым и знающим джентльменом. Разумеется, я приношу глубокую благодарность моей любящей и поддерживающей меня семье, которая сделала возможным написание этого учебника. Тут прежде всего я обязан своей жене Марлен. Я и мечтать бы не мог о более милых, замечательных и любящих сыновьях, чем Грег и Джон. Остальные члены нашего семейства — Клэр Комер, Дэвид Слоткин, Хадасо Слоткин, Пэм Вайнштейн, Стив Комер, Шерон Харди, Чак Харди, Алан Хершман, Энни Комер (наша собака), также обогащают мою повседневную жизнь.

Наконец, я бы хотел поблагодарить студентов и моих клиентов за их вклад в мою жизнь и работу. Около 25 лет я вместе со своими студентами участвую в особом периоде их жизни — в периоде их интеллектуального, личного и эмоционального перехода и роста. В эти же годы мои клиенты приглашают меня участвовать в своей жизни, ценя мой клинический опыт, выводы и навыки. Я надеюсь, что оказал положительное влияние на каждого из них; однако я знаю точно, что они на меня самого повлияли позитивно. Они все сделали меня мудрее, человечнее, более внимательным к жизни и помогли мне делать свою работу лучше. Я узнал от них по крайней мере столько же полезных вещей, сколько и они от меня. С годами я стал понимать, что это настоящая привилегия — быть преподавателем и клиницистом. Я надеюсь, что это признание будет встречено с одобрением моими студентами, клиентами и читателями.

*Рональд Дж. Комер,
Принстонский университет*

Предисловие научного редактора русского издания.

В 2000 году приказом Министерства образования Российской Федерации был утвержден государственный стандарт для двух психологических специальностей: «Клинически психолог» и «Психолог. Преподаватель психологии». По профессиональной ориентации, системе подготовки кадров и фундаментальным основам образования клиническая психология — психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Практическая и научно-исследовательская деятельность специалиста направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и преодоление недугов, психологическую реабилитацию. *Объект* клинической психологии — человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием. *Предметом* профессиональной деятельности специалиста в области клинической

психологии являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в разных областях человеческой деятельности. В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой клинический психолог может выполнять следующие виды профессиональной деятельности в учреждениях здравоохранения, образования, социальной помощи населению, в сфере управления, производства и бизнеса: диагностическую, экспертную, коррекционную, профилактическую, реабилитационную, консультативную, научно-исследовательскую, культурно-просветительную, учебно-воспитательную.

Студенты, обучающиеся по специальностям «Психолог» и «Клинический психолог», должны изучать психологию в разном объеме, начиная со 2-3 курса. Общими обязательными разделами являются патопсихология, патохарактерология, аддиктивное поведение. Большая часть учебного времени отводится на самостоятельное обучение. Ограничение времени на усвоение обязательных дисциплин требует хороших учебных пособий.

Однако ситуация сложилась таким образом, что до настоящего времени не создано ни одного отечественного учебника по клинической психологии, который удовлетворял бы потребностям студентов-психологов. Поэтому появление учебника «Основы патопсихологии», написанного именно для таких студентов профессором кафедры психологии Принстонского университета Р. Комером, очень своевременно.

Достоинством книги является то, что она написана одним автором в одном стиле в наглядной и увлекательной манере. Несмотря на относительно небольшой объем, учебник равномерно отражает почти все разделы клинической психологии. Каждая глава заканчивается ключевыми терминами для запоминания. Если у медиков запоминание терминов отработано веками, то для студентов-психологов это представляет большую проблему. Многие преподаватели в качестве методического приема практикуют даже терминологические диктанты.

В учебнике равномерно представлены все основные психологические, биологические и социокультурные модели без всякого предубеждения к тому или иному подходу. Это дает студенту возможность выдвигать многомерные гипотезы происхождения проблем клиента, что также соответствует современному подходу в обучении психологов.

Учебник иллюстрирован множеством клинических примеров, позволяющих закрепить сложный дидактический материал. Клинические иллюстрации строятся на основе понятий из DSM-IV. Мы взяли на себя смелость дать аналоги нозологическим формам DSM из принятой в России классификации психических и поведенческих расстройств Международной Классификации Болезней (МКБ-10) с соответствующими шифрами. Надеемся, что учебник понравится и окажется полезным студентам психологических и медицинских ВУЗов, начинающим психотерапевтам, а также преподавателям клинической психологии.

*Доктор медицинских наук,
профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена
Кулаков Сергей Александрович
Посвящается Линде Чепат —
дорогому другу и заботливому
наставнику*

Глава 1. Патологическая психология: прошлое и настоящее.

Каждую ночь Мириам долго плачет, прежде чем уснет. Она уверена, что будущее сулит ей одни несчастья. Только в одном она действительно уверена: «Я скоро умру, и мои дочери тоже скоро умрут. Мы обречены. Мир отвратителен. Мне все опротивело.» У нее большие проблемы со сном. Мириам боится закрыть глаза, боится, что не сможет проснуться — а что тогда будет с ее девочками? Когда она наконец погружается в сон, ей снятся кошмары — кровь, расчлененные тела, раскаты грома,

разложение, смерть, разруха.

И вот приходит утро, и Мириам чувствует, что не в силах встать. Сама мысль о том, что предстоит прожить еще один день, угнетает ее. Ей хочется быть уже мертвой, хочется, чтобы ее дочери тоже были уже мертвы. «Это было бы лучше для всех нас», — думает она. Депрессия и тревога парализуют Мириам, она слишком устала, чтобы двигаться, и очень боится выходить из дома. И она снова решает вместе с дочерьми оставаться дома.»

«В прошлом году Бредли много раз слышал таинственные голоса, внушавшие ему, что он должен уйти с работы, оставить семью и подготовиться к вторжению врагов. Эти голоса внесли ужасное смятение в его жизнь. Бредли считает, что голоса принадлежат каким-то существам из отдаленных уголков вселенной, которые нашли способ связаться с ним. И хотя ему представляется, что в нем, вероятно, есть нечто особенное — ведь именно его избрали, чтобы передать эти сведения, голоса тревожат его, он находится в постоянном напряжении. Если Бредли отказывается выполнить приказ, голоса всячески оскорбляют его и угрожают, превращая жизнь в сплошной кошмар. Бредли посадил себя на очень скудную диету, чтобы не дать предполагаемым врагам отравить его пищу. Он нашел тихую квартиру вдали от привычных любимых мест и устроил в этом жилище настоящий склад оружия и амуниции. Родственники Бредли и его друзья пытались поговорить с ним, понять, что его так беспокоит, и убедить юношу прекратить паническую активность. Однако с каждым днем Бредли все глубже погружается в мир таинственных голосов и воображаемых опасностей. Многие, вероятно, полагают, что эмоции Мириам и Бредли, их мысли и поведение ненормальны и являются результатом состояния, которое называют психопатологией, плохой приспособляемостью, повышенной тревожностью или же умственным расстройством. Эти термины употреблялись при рассмотрении столь многочисленных проблем, что нам кажется, что сами они тесно связаны с человеческим мозгом или разумом. Психические аномалии могут повлиять на жизнь как знаменитого человека, так и самого обыкновенного, как богатого, так и бедного. С ними приходилось вступать в борьбу политикам, актерам, писателям и другим известным людям прошлого и настоящего. Психологические проблемы порой приносят тяжкие страдания и, напротив, могут быть источником вдохновения и энергии.

С этими проблемами сталкиваются многие, они носят очень личный характер и поэтому привлекают всеобщий интерес. Сотни романов, пьес, кинофильмов и телевизионных программ использовали то, что многие люди считают темной стороной человеческой природы, книги о том, как помочь самому себе, буквально наводняют рынок. Специалисты по проблемам душевного здоровья стали популярными гостями на радио и на телевидении, а у некоторых из них есть свои авторские шоу. Область науки, которая изучает эти, представляющиеся нам столь захватывающими проблемы, обычно называют **патологической психологией**. Как и все ученые, люди, которых называют клиническими исследователями, тщательно собирают информацию, чтобы иметь возможность описать, предсказать и объяснить изучаемые явления. Полученные ими знания затем используются клиническими практиками для выявления и лечения патологического поведения.

Патологическая психология — научное исследование патологического поведения с целью описать, предсказать, объяснить и изменить патологическое поведение.

Выявление психической патологии и ее лечение.

Хотя клинические исследователи и практики, специализирующиеся в психопатологии, в основном, ставят перед собой цели, сходные с теми, которые стоят перед их коллегами, работающими в других научных областях, им приходится сталкиваться с проблемами, очень осложняющими их работу. Одна из таких проблем заключается в том, что очень нелегко определить, что такое психическая патология.

Вернемся к случаям Мириам и Бредли. Почему мы с такой готовностью называем их реакции ненормальными? Хотя многие определения патологии использовались в течение долгих лет, ни одно из них не стало общепризнанным. Однако большинство этих определений имеют некоторые общие черты — в них упоминаются отклонение от общепринятых норм, постоянные душевные страдания, которые испытывает человек, психическая дисфункция и опасность, которую данный человек представляет для самого себя или для окружающих (в англоговорящих странах эти особенности часто называют «четыре D»: deviance, distress, dysfunction, danger). Таким образом,

признаками психической патологии являются отклонение от нормы (т. е. человек сильно отличается от других людей, склонен к крайностям, необычен, пожалуй, даже странный); постоянные душевные страдания (неприятные и удручающие для самого человека); психическая дисфункция, мешающая человеку надлежащим образом выполнять свои повседневные обязанности; и, видимо, опасность, которую он в себе несет. Это определение дает нам полезную стартовую точку, от которой можно начать изучение психической патологии. Как мы увидим, здесь есть существенные ограничения.

<Психологические заметки. Некоторые термины, которые в прошлом применялись для определения патологического поведения, сейчас считаются неприемлемыми. Термин «лунатизм» использовался вплоть до XX века, поскольку считалось, что отклонения в поведении связаны с фазами Луны. Термин «сумасшедший», первоначально употреблявшийся в случаях, когда совершенно нормальный человек вдруг начинал вести себя странно и неадекватно, в настоящее время устарел.>

Отклонение.

Патологическая психика — это отклонение, но отклонение от чего? Поведение Бредли и Мириам, их мысли и чувства отличаются от тех, которые принято считать нормой там, где мы живем, и в наше время. Нам кажется необычным, что человек каждую ночь долго плачет, пока не уснет, хочет умереть или подчиняется голосам, которые слышны только ему.

Короче говоря, патологическое поведение, мысли и эмоции — это поведение, мысли и эмоции, которые сильно отличаются от наших представлений о том, что является нормой. Каждое общество устанавливает **нормы** — писанные и неписанные — того, каким должно быть поведение. Поведение, мысли и эмоции, противоречащие нормам психики, мы называем патологическими.

<Отклонение и патология. Мужчины из племени Wodaabe у реки Нигер наносят изысканный макияж и надевают нарядные костюмы, чтобы привлечь женщин. В западном обществе то же самое поведение нарушило бы нормы поведения и, вероятно, его сочли бы патологией.>

Нормы — писанные и неписанные правила поведения, принятые в обществе.

Суждения о том, что является нормой, в разных обществах неодинаковы. Принятые в обществе нормы берут начало в особенностях его культуры — истории, духовных и нравственных ценностях, его обычаях, ремеслах, технологиях и искусстве. Так, общество, в культуре которого ценится дух соревнования и самоутверждение, может считать агрессивное поведение нормой, в то время как в обществе, отдающем предпочтение духу взаимопомощи и доброжелательности, могут считать агрессивное поведение неприемлемым и даже патологическим. Духовные ценности любого общества могут изменяться с течением времени, а поэтому меняются и взгляды на то, что следует считать психической нормой. Например, сто лет назад на Западе участие женщин в бизнесе считалось чем-то нежелательным и странным. Сегодня же такое поведение одобряется обществом.

<Психологические заметки. В одном обзоре приводятся данные о том, что довольно много людей призналось в следующих поведенческих отклонениях: некоторые, будучи в гостях, пользовались случаем, чтобы заглянуть в аптечку хозяина (39%), другие не всегда спускали за собой воду в туалете (23%), некоторые признавались, что они видели привидение (10%) (Kanner, 1995). Следует ли считать их поведение патологическим?>

<Времена меняются. По мере того, как общественные нормы меняются, меняются и представления в обществе о патологии. В прошлом десятилетии любовь Кристины Санчес к бою быков сочли бы странной, даже патологической. Сегодня она — одна из лучших матадоров и считается образцом для подражания.>

Суждения о том, что следует называть патологией, зависят от различных обстоятельств, а также от того, что считается психической нормой. Что, если, например, мы узнали бы, что несчастная Мириам живет в Ливане, стране, истерзанной годами сражений, и что благополучие, которое она когда-то знала, растаяло после того, как были убиты ее муж и сын? Год следовал за годом, принося только временное облегчение, Мириам перестала надеяться, что в ее жизни что-то изменится к лучшему. Если все это принять во внимание, то поведение Мириам уже не кажется столь странным. Если здесь и есть что-то ненормальное, то это ситуация, в которой она оказалась. В мире, в котором мы живем, многие вещи могут очень сильно воздействовать на психику — крупные катастрофы и различные бедствия, изнасилования, жестокость по отношению к детям, война, смертельные болезни,

постоянная боль (Turner & Lloyd, 1995). Может ли быть какой-то «нормальный» способ реагировать на подобные вещи? Должны ли мы в таком случае называть реакции на них патологическими?

Страдание.

Даже поведение, которое принято считать необычным, совсем не обязательно классифицируется как патологическое. Согласно мнению многих теоретиков-клиницистов, поведение человека, мысли или эмоции обычно причиняют ему страдания еще до того, как их можно классифицировать как патологические. Рассмотрим случай с членами общества Разрушителей Льда (Ice Breakers). Эта группа людей, живущих в Мичигане, которые плавают в озерах этого штата каждый уик-энд с ноября по февраль. Чем холоднее погода, тем больше это им нравится. Один человек, являющийся членом этой группы уже семнадцать лет, говорит, что ему нравится бороться с трудностями. Человек против природы. Человек против собственного тела. Тридцатисемилетняя женщина-адвокат считает, что шок на выходные полезен для ее здоровья. «Это очищает меня, — утверждает она. — Это взбадривает меня и дает мне силы для предстоящей недели». Другому Разрушителю Льда нравятся необычные чувства, которые приносит ему общение с группой. «Когда мы собираемся все вместе, мы знаем, что у нас есть что-то свое, особенное, нечто такое, что больше никому не понятно. Я даже не могу рассказать большинству моих знакомых, что я Разрушитель Льда. Они просто не захотели бы со мной знаться. Некоторые думают, что я учусь на космонавта».

Конечно, поведение этих людей не совсем обычно, но можно ли сказать, что оно ненормально? Они не чувствуют себя несчастными, они полны энергии. Поскольку они не страдают, нужно серьезно подумать, прежде чем выносить суждения о патологии их психики.

Должны ли мы в таком случае сделать вывод, что всегда еще до того, как поведение человека можно признать патологическим, он обязательно испытывает нравственные страдания и отчаяние? Совсем не обязательно. Бывает, что люди, чье поведение можно считать патологическим, продолжают сохранять позитивный настрой. Снова вернемся к Бредли, которому слышатся таинственные голоса. Бредли действительно страшно переживает из-за грядущего «вторжения» и произошедших в его жизни перемен. Ну а если вместо этого ему бы нравилось слушать эти голоса, если бы он гордился своей избранностью и собирался спасти мир? Мы все еще не должны считать его поведение патологическим?

Дисфункция.

Патологическое поведение может привести к психической дисфункции, т. е. к нервному расстройству, мешающему человеку в его повседневной жизни. Что-то так сбивает людей с толку, так беспокоит их, что они не в состоянии в достаточной степени заботиться о себе, поддерживать нормальные социальные связи или эффективно работать. Например, Бредли перестал ходить на работу, ушел из семьи и вообще приготовился отстраниться от активной жизни.

И здесь снова в определении патологии играет роль культура общества. В нашем обществе принято считать, что важно выполнять повседневные обязанности как можно лучше. Таким образом, похоже, что поведение Бредли может рассматриваться как патологическое и нежелательное, в то время как поведение Разрушителей Льда, продолжающих усердно работать и поддерживать необходимые деловые и человеческие связи, вероятно, может рассматриваться просто как необычное.

<Духовный опыт. Во Франции в местечке Val d'Iser студенты зарывают себя по горло в снег. Они вовсе не испытывают дистресс, а занимаются японской практикой, предназначенной для того, чтобы открыть сердца и расширить дух, так что клиницисты вряд ли сочтут их поведение патологией.>

Опасность.

Возможно, крайним случаем психической дисфункции является поведение, которое делается опасным для самого человека или для других. Индивиды, которые всегда проявляют беспечность и неосторожность, враждебно настроены к окружающим или чувствуют затруднения при общении, могут поставить на грань риска себя или других людей. Например, Бредли, видимо, представляет опасность для самого себя, поскольку сидит на голодной диете, и для других, поскольку хранит у себя кучу оружия и амуниции.

Хотя опасность часто считается характерной чертой патологического поведения, исследования показывают, что на самом деле это скорее исключение, чем правило

(Juninger, 1996; Monahan, 1993, 1992). Многие люди, которые страдают от постоянной тревоги, депрессии и даже странно ведут себя, не представляют непосредственной опасности ни для себя, ни для других людей.

Психическая патология: ускользающая концепция.

Попытки определить, что такое психическая патология, помогают найти ответы на меньшее количество вопросов, чем поднимают. Основная трудность заключается в том, что об этом явлении можно судить в контексте духовных ценностей данного общества. В конце концов, социум выбирает общие критерии для определения патологии и затем использует эти критерии для того, чтобы выносить суждения о каждом отдельном случае.

Один из теоретиков-клиницистов, Томас Зач (Szasz, 1997, 1987, 1961), придает такое значение роли общества, что считает всю концепцию душевных болезней неверной. Согласно Зачу, отклонения, которые общество считает патологическими, на самом деле являются всего лишь «проблемами образа жизни», а не признаками того, что с человеком происходит что-то странное. Он считает, что всякое общество вводит концепцию душевных заболеваний, чтобы лучше контролировать поведение людей или влиять на тех, чье поведение тревожит окружающих или угрожает общественному порядку.

Словарь определяет эксцентрика как человека, поведение которого отклоняется от общепринятых норм либо в поведении которого обнаруживаются какие-то странности или эксцентричность. Но как можем мы определить, где перед нами психически здоровый человек с необычными привычками, а где человек, чьи странности являются признаком психической патологии? До недавнего времени эксцентрики почти не изучались, но ведь стоит только начать, и дело пойдет (Weeks & James, 1995).

Даже если мы будем считать, что понятие психической патологии соответствует действительности, и что подобные патологии говорят о нездоровье, мы можем не соглашаться в вопросах определения патологии и непоследовательно применять наши понятия к жизненным реалиям. Если какие-то особенности поведения — например, чрезмерное употребление алкоголя студентами — привычны, то общество может не сознавать, что это отклонение от нормы, что оно может стать причиной тяжелых переживаний, способствовать психической дисфункции и представлять собой опасность. Тысячи студентов в Соединенных Штатах имеют настолько сильную алкогольную зависимость, что постоянные пьянки наносят вред их жизни и учебе, губительно воздействуют на здоровье и зачастую становятся опасными как для них самих, так и для окружающих. И это студенческое пьянство не считается отклонением от нормы ни администрацией учебных заведений, ни специалистами по здравоохранению. Алкоголь занимает такое место в студенческой субкультуре, что очень легко проглядеть постоянные выпивки, которые перешли за грань нормы.

Понятно, что общество может с трудом отделять патологию, нуждающуюся в лечении, от необычных особенностей индивидуального поведения — в этом последнем случае никто не имеет права вмешиваться в жизнь человека. Время от времени мы видим людей или слышим о людях, которые с обычной точки зрения ведут себя весьма странно, например, узнаем о том, что некто живет один с дюжиной кошек и практически ни с кем не разговаривает. Поведение подобных людей отклоняется от нормы, оно может приносить человеку неприятности или горе, может способствовать психической дисфункции, однако многие специалисты считают его скорее эксцентричным, чем патологическим.

Короче говоря, если мы можем согласиться на то, что признаками патологического поведения являются отклонение от нормы, страдания, дисфункция и иногда опасность для себя или для других, мы не должны забывать, что эти критерии часто бывают весьма расплывчатыми. Где та грань, когда признаки патологического поведения — отклонение от нормы, страдания, дисфункция и опасность — проявляются в такой степени, что поведение человека следует признать патологическим? Скорее всего, на этот вопрос невозможно ответить. Немногие из видов патологий, которые мы встретим в этой книге, столь четко выражены, как это может показаться, и большинство из них клиницисты продолжают обсуждать.

Определение лечения.

Выявив случай психической патологии, врачи-клиницисты думают, как его лечить.

Лечение — действия, направленные на то, чтобы помочь изменить патологическое поведение на более нормальное, — тоже нуждается в четком определении (Brent & Kolko, 1998). Для ученых-клиницистов эта задача тесно связана с определением патологии. Рассмотрим случай с молодым человеком по имени Билл:

Февраль: Он не может выходить из дома. Билл уверен в этом. Дом — единственное место, где он чувствует себя в безопасности — дома ему не грозят унижения, опасности, даже гибель. Если бы он пришел на работу, его коллеги так или иначе выразили бы свое пренебрежительное отношение к нему. Какое-то замечание в его адрес, насмешливый взгляд — и все было бы ясно. Если он зайдет в магазин, все тут же уставятся на него. Конечно же, все заметят, в каком он угнетенном состоянии, какие мрачные у него мысли; он не сможет это скрыть. Он даже не осмеливается один гулять по лесу — скорее всего, его сердце снова начнет учащенно биться, у него перехватит дыхание, подогнутся колени, и он окажется не в состоянии добраться до дома. Нет, для него будет гораздо лучше не выходить из своей комнаты и постараться как-то перетерпеть еще один вечер этого проклятия, называемого жизнью.

Июль: Жизнь Билла тесно связана с кругом друзей; здесь Боб и Джек, которых он знает по офису, где его недавно повысили до должности заместителя директора по связям с покупателями, а также Фрэнк и Тим, его партнеры по теннису — с ними он играет по выходным дням. Эта компания молодых людей каждую неделю встречается за обедом у кого-нибудь из них, и они ведут разговоры о жизни, политике и работе. Особое место в жизни Билла занимает Дженис. Они вместе ходят в кино, рестораны, на разные шоу. Дженис считает, что Билл — потрясающий парень, а Билл чувствует, что просто расцветает в ее присутствии. Билл с удовольствием ходит на работу и ему доставляет удовольствие беседовать с клиентами. Он радуется жизни и просто наслаждается своей работой и общением с приятными людьми.

Лечение — процедура, которая имеет своей целью изменить патологическое поведение и сделать его более нормальным.

Терапия — систематические действия, направленные на то, чтобы помочь людям преодолеть их психологические проблемы. Участниками этого процесса являются пациент и опытный терапевт, при этом необходимо, чтобы у них был не один сеанс лечения, а серия встреч.

Мысли Билла, его чувства, его поведение вредили всем аспектам его жизни в феврале. И, однако, большинство этих симптомов исчезло к июлю. Биллу могли помочь самые разные факторы. Возможно, ему предложили помощь или добрый совет друзья или близкие родственники. Какая-то новая работа или хорошо проведенный отпуск могли улучшить его душевный настрой. Возможно, он изменил свою диету или начал делать какие-то полезные физические упражнения. Любой из этих факторов или они все могли принести пользу, но их нельзя рассматривать как **терапию**. Этот термин обычно применяется только к специальному, систематическому процессу, который должен помочь людям преодолеть их психологические трудности. Согласно клиницисту-теоретику Джерому Франку, все формы терапии имеют три основные особенности:

- 1) Имеется страдающий человек, стремящийся найти помощь целителя.
- 2) Есть обладающий соответствующим опытом целитель, в возможностях которого уверены как больной, так и его социальное окружение.
- 3) Необходимо провести серию встреч целителя и больного, во время которых целитель старается добиться изменений к лучшему в эмоциональном состоянии страдающего человека, его отношении к окружающему и его поведении (Frank, 1973, p. 2-3).

Несмотря на такое, казалось бы, очень ясное определение, клиническое лечение окружено конфликтами и неразберихой. Карл Роджерс, первопроходец в области современной клиники, с которым мы еще встретимся во второй главе, отмечает, что «у терапевтов нет единодушия относительно целей, которые перед ними стоят... Они не могут прийти к согласию относительно того, что следует считать успешным завершением их работы. Они не могут решить, какой результат нужно квалифицировать как поражение. Кажется, что вся эта область представляет собой настоящий хаос и в ней нет единообразия».

Некоторые клиницисты видят в любой психической патологии заболевание и поэтому считают, что терапия — это процедура, которая помогает излечить болезнь. Другие рассматривают патологию как проблемы образа жизни и полагают, что врач должен быть учителем более разумного поведения и мышления, видя в человеке с психическими отклонениями «клиента». Поскольку оба термина вполне обычны, мы будем использовать в данной книге как тот, так и другой.

Несмотря на многочисленные разногласия, большинство клиницистов согласны, что многие люди нуждаются в том или другом виде помощи. Позднее мы приведем доказательства того, что терапия на самом деле часто приносит пользу (DeRubeis &

Crits-Christoph, 1998).

Резюме

Область науки, занимающаяся исследованием патологического поведения, называется патологической психологией. Ее цель состоит в том, чтобы понять и вылечить патологию поведения.

В основном характерными чертами патологического поведения является отклонение от нормы, страдания, которые испытывает человек, психическая дисфункция и опасность, которую представляет собой его поведение для него самого и для других людей. Кроме того, поведение человека должно рассматриваться в том контексте, в котором оно имеет место, при этом концепция того, что считать патологией, зависит от норм и ценностей данного общества.

Терапия — это специальный, систематический процесс, помогающий людям преодолеть их психологические трудности. Она может быть той или иной — в зависимости от проблемы и от врача, но обычно любая терапия включает в себя пациента, терапевта (психолога) и серию профессиональных контактов.

Крупным планом

Каждому свое...

Гари Холлоуей, плановик-эколог из Сан-Франциско, имеет множество увлечений, у него целая конюшня «коньков». Кроме того, его очень увлекает личность Мартина Ван Бюрена (Martin van Buren)... Обнаружив, что Ван Бюрен является единственным президентом в истории США, в память которого не создано какого-нибудь общества, Гари незамедлительно основал Клуб фанатов Ван Бюрена. Холлоуей всю жизнь является поклонником св. Франциска Ассизского и сам часто одевается на манер монаха-францисканца. «Эта одежда удобна и забавна, — объясняет он, — мне очень нравится, как люди реагируют, видя меня в этом наряде. В автобусе мне всегда уступают место» (Weeks & James, 1995, p. 36-37).

Исследователь Дэвид Викс в течение 10 лет изучил 1000 эксцентриков. В результате проделанной работы он пришел к выводу, что для эксцентриков характерны пятнадцать общих признаков. Согласно этому исследованию, на 5000 человек один может быть «классическим эксцентриком», странности которого проявляются не от случая к случаю, а постоянно. К эксцентричному стилю поведения склонны в равной степени как мужчины, так и женщины.

В данном исследовании высказывается мнение, что даже если чей-нибудь «прикид», т. е. одежда, кажется весьма странным, у человека на самом деле может не быть никаких психических нарушений. Как эксцентрики, так и люди с психическими проблемами могут вести себя весьма необычно, но странности людей с проблемами обращаются против них и обычно становятся причиной страданий. С другой стороны, эксцентричный стиль поведения — это свободный выбор человека и доставляет ему самому удовольствие. Короче говоря, «эксцентрики знают, что они не такие, как все, и наслаждаются этим» (Weeks & James, 1995, p. 14). Кроме того, следует заметить, что мыслительные процессы эксцентриков не имеют серьезных нарушений и не вызывают психической дисфункции. И если эксцентрики страстно увлекаются своими хобби или поставленными целями, их интересы не ощущаются ими как кем-то навязанные, а являются для них источником развлечений и удовольствия.

Хотя, конечно, у исследованных эксцентриков не было иммунитета от психических нарушений, у них отмечалось меньше проблем, чем у прочих обследованных. Возможно, быть «оригинальным» полезно для психического здоровья. Эксцентрики казались и физически здоровее, чем остальные люди, — в среднем, они посещали врачей всего один раз за восемь лет. Викс делает вывод, что несмотря на отклонения в поведении — а возможно, даже благодаря этим отклонениям — большинство эксцентриков это вполне счастливые, хорошо приспособленные и жизнерадостные люди.

Являетесь ли вы эксцентриком?

Согласно Виксу, для эксцентричных людей характерны следующие пятнадцать особенностей (они будут перечислены в порядке важности). Хотя первые пять признаков признаются наиболее определяющими, если вам присущи любые десять из пятнадцати признаков, вас можно назвать эксцентриком.

- Нежелание подчиняться общепринятым нормам и образцам.
- Творческое начало.
- Любознательность.
- Идеализм, желание сделать мир лучше, а жизнь людей более радостной.
- Счастливая одержимость каким-нибудь увлечением (часто не одним).

- Осознание с раннего детства своего отличия от остальных.
- Хорошее умственное развитие.
- Упрямство и откровенность, убежденность в своей правоте.
- Нежелание соревноваться в чем бы то ни было и с кем бы то ни было, отсутствие потребности в поддержке или утешении со стороны общества.
- Необычность привычек в питании или других повседневных привычек.
- Отсутствие интереса к мнению или к компании других людей (кроме тех случаев, когда человек хочет в чем-то их убедить).
- Чувство юмора, часто смешанное с некоторым злорадством.
- Одиночество.
- Человек является старшим или единственным ребенком в семье.
- Неграмотно пишет.

Знаменитые эксцентрики

Джеймс Джойс всегда имел при себе пару маленьких дамских штанишек, которыми он размахивал в воздухе, если хотел продемонстрировать свое одобрение.

Эмили Дикинсон всегда носила белое, никогда не выходила из своей комнаты и прятала свои стихи в маленьких коробочках.

Бенджамин Франклин считал, что воздушные ванны полезны для здоровья и принимал их, сидя совершенно голым перед открытым окном.

Александр Грехем Белл занавешивал окна своего дома, чтобы в него не проникали лучи полной луны. А еще он пытался научить разговаривать свою собаку.

(Weeks & James, 1995)

<Эксцентричность на отдыхе. Жен Пул, 37-летний плотник, часто расхаживает по Нью-Йорку в костюме, сделанном из 500 пустых жестяных баночек из-под пива. Почему он так поступает? Он хочет привлечь внимание к проблеме вторсырья и хочет, чтобы на него обратили внимание. Здесь мы видим, как он устроился на скамейке городского парка, чтобы немного отдохнуть.>

Взгляд из прошлого на патологию и лечение.

Каждый год 30% взрослого населения и 20% детей и подростков в Соединенных Штатах страдают серьезными психическими нарушениями и нуждаются в клиническом лечении (Friedman et al., Kazdin, 1993). Кроме того, большинство людей имеют трудности в различных аспектах жизни и время от времени испытывают сильный стресс, напряжение, депрессию и другие формы психологического дискомфорта.

Есть искушение сделать вывод, что в современной жизни есть нечто такое, в чем лежит причина всех этих многочисленных эмоциональных проблем, — быстрые технологические перемены, возможно, упадок религии, семьи или других систем поддержки. Хотя особое давление современной жизни, возможно, вносит свой вклад в психическую дисфункцию, едва ли оно является ее основной причиной. В каждом обществе, как в прошлом, так и теперь, имели и имеют место проявления психической патологии. Тогда, возможно, самое лучшее, с чего мы можем начать наше исследование патологического поведения и его лечения, это заглянуть в прошлое. Заглянув в прошлое, мы видим, как каждое общество стремилось понять и лечить психические проблемы, и при этом можно заметить, что многие современные идеи и методы лечения имеют корни в прошлом. Становится ясно, что прогресс в понимании и лечении психических нарушений вряд ли имеет характер постоянного движения вперед. На самом деле многие из несоответствий и противоречий, характерных для клиники сегодняшнего дня, очень напоминают несоответствия и противоречия прошлого. В то же время взгляд в историю может помочь нам оценить важность современных научных достижений и важность пути, который еще предстоит пройти.

Воззрения древних.

Археологи, изучающие останки древних людей и их материальную культуру, сделали вывод, что, возможно, в этих обществах патологическое поведение рассматривалось как результат влияния злых духов. По всей видимости, люди доисторических обществ верили, что все, что происходит вокруг них и в их психике, происходит в результате действий сверхъестественных существ, управляющих миром. В частности, они верили, что тело и разум человека представляют собой поле битвы между внешними силами добра и зла. Обычно патологическое поведение объяснялось как победа злых духов, и для того чтобы вылечить человека, следовало вынудить духов оставить его тело.

Этот взгляд на патологию, возможно, существовал еще в каменном веке, полмиллиона лет назад. На некоторых черепах, найденных в Европе и Южной Африке, можно увидеть следы операции, называемой **трепанацией**, при которой в черепе больного каменным инструментом вырезалось круглое отверстие. Некоторые историки пришли к выводу, что эта операция производилась для лечения остро патологического поведения — галлюцинаций, когда люди видели или слышали то, чего не было на самом деле, или тяжелой меланхолии, для которой характерны крайняя печаль и неподвижность. Череп вскрывался с целью выпустить духов зла, которые — как предполагалось — были причиной возникновения проблемы (Selling, 1940).

Трепанация — древняя операция, при которой использовался каменный инструмент для того, чтобы проделать в черепе круглое отверстие — возможно, с целью вылечить патологию поведения.

В более поздних обществах патологическое поведение также объяснялось одержимостью демонами. Например, все египетские, китайские и еврейские источники объясняют психологические проблемы именно таким образом. То же самое делает и Библия, которая описывает злого духа, посланного Богом на царя Саула, и то, как Давид притворялся сумасшедшим, чтобы враги убедились в том, что его посещают божественные силы.

<**Изгнание злых духов.** Две дырки в этом черепе, оставшиеся от древних времен, показывают, что человек подвергся трепанации, вероятно, потому что его освобождали от злых духов и лечили от психической дисфункции.>

В этих ранних обществах патологию часто лечили «изгнанием бесов» (**экзорцизм**). Идея заключалась в том, чтобы принудить злых духов покинуть тело человека. Шаман или жрец читали молитвы, упрасивали духов зла, ругали их, производили разные магические действия, громкие звуки или давали человеку, одержимому, по их понятиям, злыми духами, пить горькие жидкости. Если эти приемы не приносили нужных результатов, то прибегали к более крайней форме «изгнания бесов» — человека бичевали или не давали ему есть.

Экзорцизм — распространенная в ранних обществах практика лечения психической патологии путем действий, направленных на то, чтобы вынудить злых духов покинуть тело человека.

<**Вопросы для размышления.** Люди каменного века не оставили письменных свидетельств, поэтому археологи не могут быть уверены в том, что трепанация, на самом деле, была древним способом лечения психической дисфункции. Как иначе можно объяснить отверстия в сохранившихся с тех времен человеческих черепах? Как вы думаете, почему историки все же связывают эти отверстия с психическими заболеваниями?>

Взгляды на данную проблему и лечение психической патологии в античности.

Во времена процветания греческой и римской цивилизаций, приблизительно с 500 г. до нашей эры до 500 г. нашей эры, философы и врачи стали предлагать различные объяснения патологического поведения. Гиппократ (460-377 до н. э.), которого часто называют отцом современной медицины, считал, что все болезни имеют естественные причины. По его мнению, болезненная патология поведения вызывается внутренними физическими причинами. В частности, он считал, что виной патологии бывает какая-то форма заболевания мозга, а это заболевание — как, на его взгляд, и любая болезнь — имеет своей причиной дисгармонию четырех животных **гуморов** (жидкостей), циркулирующих в человеческом теле: желтой желчи, черной желчи, крови и слизи (флегмы). Например, избыток желтой желчи вызывает безумную радость; избыток черной желчи является источником постоянной печали (меланхолия — черная желчь (греч.). — Прим. ред.). Уверенность Гиппократа в том, что патологическое поведение объясняется причинами внутреннего характера, разделяли и великие греческие философы Платон (427-347 до н. э.) и Аристотель (384-322 до н. э.), а также другие весьма авторитетные греческие и римские медики.

Гуморы — согласно античным воззрениям, это животные жидкости, которые влияют на умственные и физические функции человеческого организма.

В соответствии с этими взглядами античные врачи лечили психические отклонения, сочетая медицинские и психологические средства. Прежде чем прибегнуть к таким крайним мерам, как пустить больному кровь или ограничить свободу его передвижений, многие греческие врачи вначале прописывали больному теплую и дружественную поддержку, музыку, массаж, физические упражнения и ванны. Римские врачи высказывались даже более определенно, считая, что пациента с

психическими нарушениями необходимо всячески успокаивать и морально поддерживать.

Европа в средние века: Демонология возвращается.

Просвещенные взгляды античных ученых оказались неспособны поколебать веру обычных людей в демонов. С упадком Рима демонологические взгляды и лечебные практики стали вновь популярны. По Европе распространялось недоверие к науке. В Европе времен 500-1350 г. н. э. — период Средних веков — очень выросла власть духовенства. Церковь отрицала научные формы исследований и контролировала образование. Религиозные верования, сами по себе изобилующие как суевериями, так и демонологией, стали доминировать над всеми аспектами жизни. Поведение человека обычно рассматривалось как борьба между добром и злом, Богом и дьяволом. Поведение, отклоняющееся от общепринятых норм, в особенности психическая дисфункция, рассматривалось как свидетельство влияния Сатаны. Хотя некоторые ученые и врачи все еще доказывали правильность медицинских объяснений и средств лечения, в этой атмосфере их взгляды не пользовались популярностью.

Средние века были напряженным и беспокойным временем, эпохой войн, восстаний городского населения и чудовищных эпидемий, таких болезней, как черная оспа и чума. Люди винили дьявола за тяжелые времена и боялись, как бы он не овладел ими. В этот период стало очень много случаев патологического поведения. Кроме того, случались всплески массового безумия, когда у многих людей одновременно были одни и те же видения и галлюцинации. При одном таком психическом нарушении, **тарантизме** (известном также как пляска св. Витта), группы людей внезапно начинали скакать, делая круги, плясать и биться в конвульсиях (Sigerist, 1943). Все были убеждены, что этих людей укусил «волчий паук» — тарантул. При другой форме массового безумия, ликантропии, люди считали, что их душами овладели волки или другие звери. Так называемые оборотни вели себя как звери и воображали, что все их тело покрылось шерстью.

Тарантизм — психическое нарушение, распространенное в Европе между 900 и 1800 г. н. э., при котором люди внезапно начинали прыгать, танцевать кругами и биться в конвульсиях. Это психическое нарушение известно также как пляска св. Витта.

Ликантропия — психическое нарушение, при котором люди верят, что они одержимы волками или другими зверями.

Не удивительно, что во времена Средних веков вернулись некоторые из ранних демонологических практик лечения психических аномалий. Снова стало считаться, что ключ к исцелению больного лежит в том, чтобы изгнать из тела овладевшего им дьявола. Экзорцизм возродился, и священники обращались к Господу или духу зла с мольбами, песнопениями и молитвами. Они могли также давать больным пить святую воду или горькие жидкости. Если эти приемы не срабатывали, экзорцисты пытались воздействовать на дьявола, оскорбляя или унижая его (непомерная гордость — это самое слабое место Сатаны), или же, в самых крайних случаях, больному не давали есть, секли, ошпаривали кипятком или растягивали его.

<Гуморы в действии. Гиппократ считал, что дисбаланс четырех животных гуморов влияет на личность и вызывает психические нарушения. Иллюстрации наглядно показывают, как, согласно этой теории, действуют две из этих жидкостей — желтая желчь (слева) заставляет мужчину-холерика бить свою жену, а черная желчь (справа) вызывает у человека меланхолию и укладывает его в постель.>

Только когда Средневековые подошло к концу, стали терять популярность и принятые в то время методы лечения психических аномалий. Европейские города становились все больше, правительственные чиновники забирали власть в свои руки, а церковники теряли влияние. Среди прочих ответственных шагов светские власти начали строить больницы и взяли на себя заботу о больных, включая людей, страдающих психическими нарушениями. Взгляды медиков на патологию уже находили некоторое понимание, и многие пациенты с психическими нарушениями стали лечиться в больницах, таких как больница Тринити (Trinity) в Англии.

Сцены из современной жизни

Попытки достичь «высшего царства»

В 1997 году весь цивилизованный мир испытал шок, узнав о верованиях, которых придерживались последователи секты Небесных Врат (Heaven's Gate), когда тридцать девять членов этой секты покончили жизнь самоубийством в дорогом доме в одном из пригородов Сан-Диего. Благодаря оставленным ими видеолентам и сообщениям в Интернете, стало известно, что члены секты верили, что их тела являются всего лишь

«контейнерами», т. е. вместилищами высших небесных духов, и что НЛО скрываются в хвосте кометы Хэйла-Боппа, чтобы прийти и забрать их домой, в «их мир». По сути дела, сектанты верили, что смерть освободит их для вхождения в некое «высшее царство».

Общественность была особенно встревожена ключевой ролью, которую явно играли средства массовой информации и современные системы связи для популярности и распространении культа Небесных Врат. В 1993 году, стараясь вызвать интерес к группе своих последователей, лидер секты, Маршалл Херфф Эпплуайт (Marshall Herff Applewhite) (см. фото), дал в журнал «USA Today» публикацию рекламного характера, в которой описывал философские связи культа с другими миллениаристскими сектами, предсказывающими в 2000 году конец света. Кроме этой формы публичной активности члены секты научились пользоваться Интернетом и использовали его, чтобы узнавать о НЛО и других свидетельствах «высшей жизни». Вдобавок последователи этого культа в открытую привлекали новых членов, распространяя через Интернет призывы, обращенные к людям, которые думали о самоубийстве, мучились от депрессии или злоупотребляли психоактивными веществами.

<Вопросы для размышления. Что общего у верований, поведения и обстоятельств людей, связанных с культом Небесных Врат с распространенными в прошлом формами «массового безумия», такими как тарантизм или ликантропия?

Представляет ли Интернет опасность как средство, рекламирующее новые формы массового безумия и способствующее его распространению?>

Ренессанс и создание приютов.

Демонологические взгляды на патологию продолжали терять популярность в период раннего Возрождения, когда стали активно развиваться культура и наука (примерно 1400-1700). Немецкий врач Иоганн Вейер (Johann Weyer, 1515-1588), первый врач, специализирующийся на душевных заболеваниях, полагал, что разум так же подвержен болезням, как тело. Теперь его считают первооткрывателем современной психопатологии или психической дисфункции.

<Психологические заметки. У Вильяма Шекспира (1564-1616), творчество которого относится к эпохе Возрождения, можно найти размышления о природе и причинах патологического поведения в 20 из написанных им 38 пьес и во многих сонетах (Dalby, 1997).>

<Боязнь колдовства. Некоторые верования об одержимости дьяволом продолжали существовать и в эпоху Возрождения. Панический страх перед ведьмами прокатился по Европе в XV-XVI веках. Десятки тысяч людей, в основном женщин, были заподозрены в том, что они заключили договор с дьяволом. У некоторых из обвиняемых отмечались психические нарушения, которые и были причиной странностей их поведения (Zilboorg & Henry, 1941). Таких женщин «макали» в воду до тех пор, пока они не признавались в том, что являются ведьмами.>

В этой атмосфере продолжали совершенствоваться методы заботы о людях с психическими нарушениями. В Англии такие люди содержались дома, а их семьи получали на содержание больных средства от местного церковного прихода. В самых разных местах Европы находились устроенные церковью богадельни, предназначенные для лечения людей с психическими нарушениями. Возможно, наиболее известный из таких приютов находился в городе Гиле (Gheel) в Бельгии. Начиная с XV века в Гиль со всех концов Европы стремились люди, надеющиеся на излечение своей психики. Местные жители дружелюбно принимали их, и из многочисленных пилигримов сформировалась первая в мире «колония» пациентов с душевными заболеваниями. Гиль был первопроходцем современной системы психического здоровья общества, и до сих пор показывает всему миру, что люди с психическими проблемами с благодарностью реагируют на заботу и уважительное лечение (Arling, 1975, 1974). И сегодня в своеобразных интернатах этого города обитает вплоть до своего выздоровления множество пациентов, которые при этом свободно общаются с другими жителями Гили.

К сожалению, эти улучшения в содержании больных и заботе о них начали исчезать к середине XVI века. Городские чиновники обнаружили, что частные и общественные дома для содержания психически больных людей в состоянии вместить лишь небольшую часть людей с серьезными психическими нарушениями, а больниц недостаточно и они слишком малы. Все чаще городские власти стали превращать больницы и монастыри в так называемые **приюты** (asylums), заведения, в которые можно было отправить людей с психическими нарушениями. Совершенно очевидно, что эти заведения начинали свою деятельность с наилучшими намерениями —

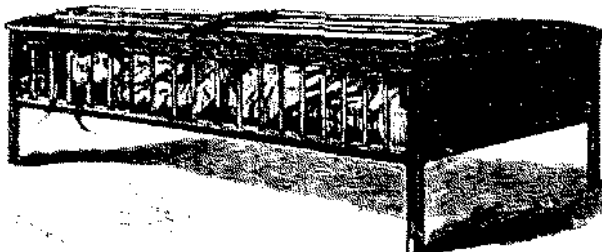
обеспечить пациентам лечение и уход. Однако по мере того как приюты переполнялись, они мало-помалу стали превращаться в своего рода тюрьмы, где пациентов содержали в грязных помещениях и обращались с ними с немыслимой жестокостью.

Например, в 1547 году лондонская Вифлеемская больница (Bethlehem Hospital) была отдана городу королем Генрихом VIII исключительно для содержания в ней душевнобольных. В этом приюте пациентов держали в цепях, и они так кричали, что их вопли были слышны всей округе. Фактически эта больница превратилась в популярный туристский аттракцион; люди с удовольствием платили за то, чтобы посмотреть на завывающих и что-то невнятно бормочущих обитателей приюта. Название этой больницы, которое местные жители произносили как «Бедлам», стало означать хаотический шум. Подобным же образом в «Башне лунатиков» в Вене пациентов содержали в узких проходах, через внешние стены которых за ними могли наблюдать туристы.

Приют — учреждение, которое в XVI веке предназначалось для оказания помощи людям с психическими нарушениями. Большая часть подобных заведений практически превратилась в настоящие тюрьмы.

Девятнадцатый век: моральное лечение.

К 1800 году в лечении людей с психическими проблемами снова стали появляться некоторые улучшения. Историки обычно указывают на парижский приют для душевнобольных мужчин Ла Бисетр (La Bicetre) как на первое место проведения реформ в подобных больницах. В 1793 году, во время Французской революции Филипп Пинель (Philippe Pinel) (1745-1826) стал там главным врачом. Он доказывал, что пациенты — это больные люди, а болезни скорее следует лечить с помощью моральной поддержки, а не цепями и побоями. Он предоставил больным свободу передвижений по больничной территории, заменил мрачные темницы солнечными комнатами с хорошей вентиляцией и предложил моральную поддержку и добрые советы как необходимую часть лечения. Подход Пинеля принес ощутимые успехи. В самочувствии многих людей, просидевших десятилетия взаперти, за короткий срок появились значительные улучшения, и эти пациенты были отпущены на волю. Позднее Пинель провел подобные реформы в парижской больнице для женщин с психическими нарушениями Сальпетриер (La Salpêtrière).



Настоящий шок вызывают методы, которые использовались в приютах для душевнобольных, — некоторые такие средства продолжали использоваться даже в период реформ XIX века. Многие пациенты, особенно буйные, неоднократно помещались в «детскую кроватку».

Примерно в это же время английский квакер по имени Вильям Тюк (William Tuke) провел подобные реформы на севере Англии. В 1796 году он основал Йоркское убежище (York Retreat), сельское имение, в котором около тридцати пациентов с психическими нарушениями жили, как гости, в тихих деревенских домах и их лечили сочетанием отдыха, бесед, молитвы и ручного труда.

Методы Пинеля и Тюка называются **моральным лечением**, поскольку эти врачи уделяли большое внимание моральному влиянию и человеческим, уважительным приемам лечения, которые стали применяться к пациентам с душевными заболеваниями в разных местах Европы и Соединенных Штатов. Людей с психическими проблемами все больше стали рассматривать как потенциально полезных членов общества, чья психика была подорвана стрессом. Стали признавать, что такие больные нуждаются в индивидуальном лечении, включая обсуждение с ними их проблем, полезную деятельность, работу, общение и покой.

Моральное лечение — принятый в XIX веке подход к лечению людей с психической дисфункцией, который делал упор на моральное воздействие и человеческое, уважительное лечение.

Больше всех для распространения морального лечения в Соединенных Штатах сделал

Бенжамен Раш (Benjamin Rush), выдающийся врач, работавший в больнице Пенсильвании. Ограничив свою практику душевными заболеваниями, Раш развивал новые, гуманные методы лечения. Например, он требовал, чтобы для непосредственной работы с пациентами в больницу брали умных и чутких сотрудников, которые читали бы больным, разговаривали с ними и брали их на регулярные прогулки. Он также полагал, что для излечения пациентов полезно, если время от времени врачи делают им какие-то маленькие подарки.

<Танцы в сумасшедшем доме. Популярным средством морального лечения был «бал лунатиков». Больничное руководство собирало всех пациентов, мужчин и женщин, чтобы они танцевали и развлекались. Один подобный бал показан на этой картине, «Танцы в сумасшедшем доме» Джорджа Беллоуза (George Bellows).> Деятельность Раши оказала определенное влияние на другие больницы, но не он, а школьная учительница Дороти Дикс (Dorothea Dix, 1801-1887) добилась того, что человечность в заботах о душевнобольных стала предметом внимания общества. С 1841 по 1881 год Дикс ездила из штата в штат, посещала законодательные собрания, дошла и до Конгресса, всюду рассказывая об ужасах, которые она наблюдала в лечебницах для душевнобольных и призывала к реформам. Деятельность Дикс привела к реформам и к тому, что правительство стало тратить больше средств для улучшения лечения больных с психическими нарушениями. Каждый штат нес ответственность за развитие национальной системы больниц для душевнобольных. Дикс лично помогала созданию двадцати двух государственных больниц, которые предназначались для морального лечения (Bickman & Dokeski, 1989). Подобные больницы создавались в то же время и по всей Европе. Моральное лечение на годы улучшило положение с лечением людей с психическими отклонениями. К 1950-му в ряде больниц Европы и США отмечалось, что многие пациенты излечились и были выписаны (Wockoven, 1963).

Государственные больницы — медицинские заведения США, предназначенные для лечения душевнобольных, которые существовали на средства, предоставляемые государством.

<«Я хочу выступить в защиту беспомощных, забытых, больных, ненормальных мужчин и женщин... людей, которые очень несчастны в наших тюрьмах и еще более несчастны в наших домах призрения». — Дороти Дикс рассказывает о своей миссии законодательному собранию штата Массачусетс (Dix, 1843)>

В конце XIX века в результате отрицательного воздействия некоторых факторов движения за моральное лечение ситуация снова изменилась к худшему (Wockoven, 1963). Одним из этих факторов, как ни странно, была скорость, с которой движение становилось популярным. По мере того как увеличивалось количество больниц для пациентов с психическими нарушениями, стало возникать все больше трудностей со средствами и с персоналом, показатели выздоровления больных снижались. Другим отрицательным фактором была ошибочность предположения, что все пациенты могут вылечиться, если с ними гуманно обращаться и уважать их человеческое достоинство. Для некоторых пациентов этого было действительно достаточно. Другим, однако, требовалось более эффективное лечение, чем средства, которые были доступны в то время. Кроме того, успехам морального лечения нанесла большой вред новая волна предубеждений против людей с психическими нарушениями. По мере того как все больше пациентов исчезало в огромных, далеких от центров цивилизации психиатрических больницах, обыватели приходили к мнению, что все психически больные это странные и опасные существа. В этой связи люди не испытывали большого желания давать средства на таких больных, когда речь заходила о благотворительности или распределении правительственных фондов. Кроме того, многие пациенты государственных психиатрических лечебниц в Соединенных Штатах конца XIX века были бедными иностранцами-иммигрантами, помогать которым у простых обывателей не было никакого желания.

<Назад к тюремным камерам. Вплоть до XX века слабо финансируемое неэффективное госпитальное лечение вело к превращению государственных больниц США в переполненные жуткие тюрьмы.>

В начале XX века движение за моральное лечение имело все основания прийти в упадок как в США, так и в Европе. Государственные психиатрические больницы могли обеспечить только скромное содержание пациентов и самое неэффективное лечение, при этом с каждым годом эти больницы все больше переполнялись. Длительная госпитализация вновь стала обычным явлением.

<Вопросы для размышления. В нижеследующем отрывке Бенжамин Раш

высказывает мнение, что врачи обязаны лечить пациентов — лечить даже насильственно. Какие опасности могут сопутствовать подобной убежденности? Отражает ли это высказывание Раша взгляды современных клиницистов на данную проблему?>

<«Чем больше [пациенты] сопротивляются нашим попыткам помочь им, тем больше они нуждаются в нашей помощи». — Бенжамин Раш, создатель американской психиатрии>

Соматогенная точка зрения

Конец XIX века увидел также триумфальное возвращение **соматогенной точки зрения**, утверждающей, что патологическая психика имеет физические причины. Этот взгляд имеет по крайней мере 2300-летнюю историю — давайте вспомним Гиппократ, полагавшего, что патологическое поведение является результатом заболевания мозга и дисбаланса жизненных гуморов — и все же еще никогда этот взгляд не был столь популярен.

Соматогенная точка зрения — взгляды, согласно которым патология психической функции имеет физические причины.

Возрождению этой теории способствовали два фактора. Во-первых, следует упомянуть работу выдающегося немецкого исследователя Эмиля Крепелина (Emil Kraepelin, 1856-1926). В 1883 году Крепелин опубликовал учебник, в котором доказывал, что такие физические факторы, как усталость, могут быть причиной психической дисфункции. Кроме того, как мы увидим в третьей главе, он создал первую современную систему классификации патологического поведения.

Открытия в области биологии также внесли свой вклад в подъем популярности соматогенной теории. Наиболее важным открытием было то, что органическая болезнь, сифилис, приводила к **прогрессивному параличу** (general paresis), необратимому расстройству, симптомами которого, в частности, были такие признаки психической патологии, как бред величия. В 1897 году немецкий невролог Ричард фон Крафт-Эбинг (Richard von Krafft-Ebing) впрыснул вещество, взятое из сифилитических язв, пациентам, страдающим от прогрессивного паралича, и обнаружил, что ни у кого из них не проявилось симптомов сифилиса. Поскольку у всех пациентов с прогрессивным параличом оказался иммунитет к сифилису, Крафт-Эбинг выдвинул теорию, что причиной их болезни был сифилис.

Прогрессивный паралич — необратимое расстройство, в число симптомов которого входят и психические симптомы, например, бред величия. Причиной прогрессивного паралича является сифилис.

Работа Крепелина и новое понимание прогрессивного паралича привело многих исследователей и практиков к предположению, что причина многих психических нарушений лежит в физических факторах. Эти теории и возможность применения быстрых и эффективных приемов лечения психических нарушений особенно приветствовались людьми, работающими в больницах для душевнобольных, где количество пациентов росло с угрожающей скоростью. Несмотря на общий оптимизм, в первой половине XX века биологические подходы принесли, в основном, одни разочарования. Хотя за это время было предложено множество медицинских средств лечения пациентов психиатрических больниц, большинство методик не работало. Врачи пробовали использовать в качестве лечения удаление зубов, удаление миндалин, гидротерапию (чередование горячих и холодных ванн) и лоботомию, хирургическое рассечение некоторых нервных волокон в головном мозге. Соматогенная теория па самом деле начала приносить пользу пациентам не ранее 1950-х, когда были открыты некоторые эффективные средства.

Психогенная точка зрения

Конец XIX века увидел также успехи **точки зрения психогенного происхождения** психологических отклонений. Этот взгляд на проблему тоже имеет долгую историю, но он не казался перспективным, пока свои возможности не продемонстрировал гипноз.

Психогенная точка зрения — теория, согласно которой главные причины патологического поведения носят психологический характер.

Гипноз — это процедура, которая вводит людей в транс, т. е. такое психическое состояние, когда люди особенно хорошо поддаются влиянию. Гипноз стал использоваться для того, чтобы помочь лечению больных с психическими нарушениями уже в 1778 году, когда австрийский врач по имени Фридрих Антон Месмер (Friedrich Anton Mesmer, 1734-1815) начал клиническую деятельность в Париже. Его пациенты страдали истерическими расстройствами и телесными

недугами, такими как паралич, у которых не было явных физических причин. Месмер усаживал своих пациентов в темной комнате, в которой звучала музыка; затем появлялся он сам, одетый в яркий костюм, и дотрагивался специальным жезлом до той части тела пациента, которая его беспокоила. На удивление, многие пациенты как будто получали облегчение от этого метода лечения, названного месмеризмом. Мучающие их боли, онемение конечностей или паралич исчезали. Некоторые ученые считали, что Месмер вводил своих пациентов в состояние, подобное трансу, и именно оно приводило к исчезновению симптомов. Однако это лечение было столь противоречивым, что дело кончилось изгнанием Месмера из Парижа.

Гипноз — процедура, при которой люди погружаются в психическое состояние, подобное трансу, и становятся очень внушаемыми.

Только годы спустя после смерти Месмера у исследователей хватило мужества изучить применяемую им процедуру, позднее названную гипнозом, и ее воздействие на истерические состояния. Эксперименты двух врачей, практиковавших во французском городе Нанси, Ипполита-Мари Бернхайма (Hippolyte-Marie Bernheim, 1840-1919) и Амбруаза-Огюста Лебо (Ambroise-Auguste Liebaud, 1823-1904) доказали, что под влиянием гипноза истерические припадки можно вызвать у абсолютно здоровых людей.

Действуя таким образом, врачи могли заставить нормальных людей испытать глухоту, паралич, слепоту или онемение конечностей с помощью гипнотического воздействия и устранить эти искусственные симптомы с помощью тех же средств. Таким образом, они установили, что психический процесс — гипнотическое воздействие — может как вызывать, так и излечить физическую дисфункцию. Ведущие ученые сделали вывод, что истерические нарушения носили, в основном, психологический характер, и популярность психогенной теории выросла.

Среди исследователей, изучавших воздействие гипноза на истерию, был венский врач Йозеф Брейер (Josef Breuer, 1842-1925). Он обнаружил, что подвергшиеся гипнозу пациенты иногда просыпаются, не проявляя симптомов истерии, после того как под гипнозом они откровенно рассказывали о событиях прошлого, заставивших их переживать или страдать. В 1890-е годы к работе Брейера присоединился другой венский врач, Зигмунд Фрейд (1856-1939). Как мы увидим более детально во второй главе, работа Фрейда привела в конце концов к тому, что он стал автором теории **психоанализа**, согласно которой многие формы патологического и нормального психического функционирования носят психогенный характер. В частности, он считал, что в основе подобных явлений лежат психические процессы.

<**Корни психогенеза.** Ведущий невролог девятнадцатого века Жан Шарко читает в Париже лекцию о гипнозе и истерических нарушениях. Сначала Шарко не верил в связь того и другого, но в результате проведенных им самим исследований изменил свои взгляды.>

Истерическое расстройство — нарушение, при котором двигательная, чувствительная и другие функции изменяются или теряются без явной физической причины.

Фрейд разработал также технику психоанализа — форму беседы с пациентом, при которой психотерапевты помогают людям с проблемами заглянуть в свое подсознание. Он считал, что такой взгляд в себя, даже без гипнотических процедур, может помочь пациентам преодолеть свои психические проблемы.

Психоанализ — теория или лечение психических патологий, согласно которым причинами этих нарушений являются подсознательные психические процессы. Фрейд и его последователи в первую очередь применяли психоанализ для лечения пациентов, которым не требовалась госпитализация. Для проведения сеансов эти пациенты посещали терапевтов в их кабинетах, встреча с врачом длилась около часа, затем люди уходили, чтобы заняться своими повседневными делами — эта форма сейчас известна как амбулаторное лечение. В начале двадцатого века теория и терапевтическая практика психоанализа получили широкое распространение во всех западных странах.

<**Психологические заметки.** Плата за сеанс лечения у Зигмунда Фрейда была в сегодняшних ценах равна 120-160 долларам. Это сравнимо с оплатой услуг некоторых дорогих врачей Нью-Йорка и Лос-Анджелеса.>

Резюме

История психических нарушений, которая тянется с древних времен, дает нам много ключей к тайнам природы психической патологии.

Доисторические общества. Существуют свидетельства того, что культуры каменного

века использовали трепанацию, примитивную форму хирургии мозга, для лечения патологического поведения. Люди примитивных обществ также искали способ изгнать злых духов с помощью экзорцизма.

Античность. Греческие и римские врачи времен античности предложили более просвещенные объяснения психических нарушений. Гиппократ считал, что патологическое поведение объясняется дисбалансом четырех жизненных гуморов (жидкостей): черной желчи, желтой желчи, крови и слизи.

Средневековье и Возрождение. В Средние века европейцы вернулись к демонологическим объяснениям причин патологического поведения. Духовенство было очень влиятельно, а церковники считали, что психические нарушения являются работой дьявола. Только к концу Средневековья демонология снова пришла в упадок, и в начале периода, который мы называем Возрождением (Ренессансом), методы заботы о людях с психическими нарушениями стали более человечными.

Существовали церковные богадельни, предлагающие больным гуманное лечение. К сожалению, этот просвещенный подход продлился недолго, и к середине шестнадцатого века людей с психическими нарушениями стали отправлять в специальные закрытые приюты.

Деятнадцатый век. Стали вновь совершенствоваться способы морального лечения людей с психическими нарушениями. Моральное лечение началось в Соединенных Штатах, где национальная кампания, организованная Дороти Дикс, помогла создать государственные больницы.

Однако моральное лечение оказалось весьма дорогостоящим делом, и по мере того как больницы росли, стало очень трудно продолжать использовать моральные принципы. Кроме того, выяснилось, что некоторые психические нарушения просто невозможно вылечить средствами морального лечения. Эта система отходила в сторону, и к концу XIX века государственные больницы для душевнобольных вновь превратились в тюремные бараки, обитатели которых получали самый минимум лечения и заботы. Конец XIX века увидел возвращение соматогенной точки зрения, согласно которой патологическое поведение в большой степени имеет своей причиной физические факторы. В тот же период произошел всплеск популярности психогенной теории, получил распространение взгляд, что причины патологического поведения часто носят психологический характер. Психогенный подход Зигмунда Фрейда, психоанализ, в конце концов получил широкое признание и оказал влияние на последующие поколения клиницистов.

Современные направления.

Вряд ли будет правильным утверждать, что сейчас мы живем в период, когда эти проблемы совершенно прояснились или найден способ надежного лечения. На самом деле авторы одного обзора обнаружили, что 43% недавно опрошенных людей считают, что больные сами виноваты в своих психических нарушениях, а 35% считают, что причина нарушений кроется в греховном поведении (Murray, 1993). Тем не менее последние пятьдесят лет принесли серьезные изменения в понимании и лечении психических нарушений. Появилось множество теорий и методик лечения, проведено огромное количество исследований и, возможно, поэтому возникло больше разногласий в вопросе о патологии поведения, чем было когда-либо раньше. В изучении и лечении психических нарушений уже пройден большой путь, но остается еще много проблем, и клиницисты — теоретики и практики — продолжают спорить и двигаться к новым открытиям.

Сцены из современной жизни

Бойтесь сглаза

В деревнях Пакистана многие родители раскрашивают своим детям кожу вокруг глаз, как это делали их предки в течение столетий. Паста из пудры лесного ореха и некоторых масел, известная под названием сурьма, применяется для того, чтобы защитить глаза от дыма домашнего очага (Smolan, Moffitt & Naythons, 1990). Другая, менее известная причина этой традиции состоит в том, что родители стремятся оградить ребенка от «дурного глаза», поскольку считается, что ребенка можно сглазить, и из-за этого многие дети умирают, а у тех, кто выжил, бывает плохое здоровье и проблемы с поведением.

<Вопросы для размышления. Широко распространенная вера в «дурной глаз» показывает, что многие люди до сих пор пытаются с помощью демонологии объяснять

или исправлять события и патологическое поведение. Какие еще объяснения происходящего или способы лечения демонологического характера в ходу сегодня? Почему они продолжают существовать?>

Тяжелые психические нарушения и их лечение.

В 1950-е годы исследователи открыли некоторые новые **психотропные средства** — лекарства, которые в основном воздействуют на головной мозг и уменьшают многие симптомы психической дисфункции. Сюда входят антипсихотические лекарства для людей с больной психикой, помогающие выправить помрачение сознания и искажение мышления, антидепрессанты, поднимающие настроение людей, находящихся в депрессии, и противотревожные средства, помогающие снять напряжение и тревожность.

Психотропные средства — лекарства, которые главным образом воздействуют на головной мозг и уменьшают многие симптомы психической дисфункции.

У пациентов с серьезными нарушениями, которые провели долгие годы в психиатрических лечебницах, стали отмечаться признаки улучшения. Больничные администрации, вдохновленные этими результатами — и под напором общественного мнения, возмущенного ужасными условиями в государственных психиатрических лечебницах, — стали выписывать пациентов очень быстро.

После открытия этих медикаментов специалисты в области психического здоровья стали следовать политике выписывания больных на амбулаторный режим (деинституционализации), и сотни тысяч пациентов были выпущены из больниц. В 1955 году в государственных психиатрических больницах США находилось примерно 600 000 человек (см. рис. 1.1). Сегодня количество пациентов в таких больницах составляет приблизительно 80 000 (Torrey, 1997).

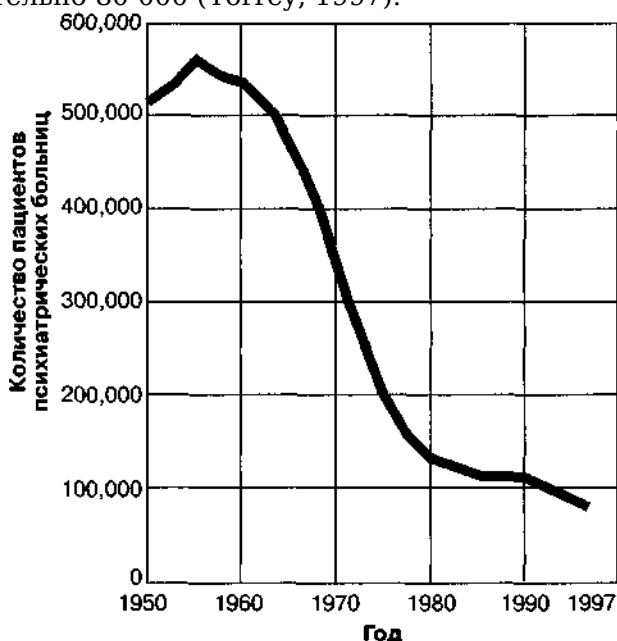


Рисунок 1.1. Воздействие политики перевода стационарных больных на амбулаторное лечение (деинституционализации). Количество пациентов, находящихся в настоящее время в государственных психиатрических клиниках (80000), является лишь небольшой частью количества больных, госпитализированных в 1955 году. (adapted from Torrey, 1997, 1988; Manderscheid & Sonnenschein, 1992). Короче говоря, амбулаторная форма лечения стала теперь главной для людей с серьезными психическими нарушениями, так же как и для людей с менее серьезными нарушениями. Сегодня, когда серьезно больные люди действительно нуждаются в госпитализации, обычно она предоставляется им на короткий срок (Thompson et al., 1995). В идеале, потом они получают амбулаторную психотерапию и медикаментозное лечение в региональных медицинских центрах, согласно муниципальным программам того населенного пункта, где проживают.

В главах 2 и 12 мы более внимательно рассмотрим, как в настоящее время осуществляется лечение людей с серьезными психическими нарушениями согласно программе душевного здоровья, осуществляемой региональными центрами. Этот подход был очень полезен для многих пациентов, но лишь ограниченное количество государственных больниц США имеют оборудование и программы для лечения людей

с серьезными психическими заболеваниями. У сотен тысяч пациентов признаки выздоровления появлялись лишь на короткое время, и они то и дело кочевали из больницы домой и обратно. После выхода из больницы такие люди в лучшем случае получают минимум лечения и зачастую снимают комнаты в трущобах или живут просто на улице. Подсчитано, что в США более 150 тысяч людей с серьезными психическими нарушениями в настоящее время являются бездомными; и еще больше таких людей оказались обитателями тюрем (Torrey, 1997; Manderscheid & Rosenstein, 1992). Их заброшенность — это национальный позор.

Менее серьезные нарушения и их лечение.

Картина лечения людей с менее серьезными психическими нарушениями начиная с 1950-х годов становится более отрадней. Амбулаторное лечение продолжало быть для них предпочтительной формой, а типы и количество имеющегося медицинского оборудования увеличились, и стало больше соответствовать потребностям (Redick et al., 1996).

До 1950-х почти всякое амбулаторное лечение принимало форму **частной психотерапии**, т. е. соглашения, согласно которому пациент сам платит психотерапевту за его советы. Услуги психотерапевта оказались дорогостоящей формой лечения, доступной только богатым. Однако с 1950-х частная психотерапия стала больше включаться во многие планы медицинского страхования, и поэтому эти услуги сейчас вполне доступны людям со сравнительно скромными доходами (Levin, 1992). Кроме того, амбулаторную психотерапию стало возможно получить в менее дорогих заведениях, таких как региональные центры психического здоровья (community mental health centre), кризисных центрах (crisis intervention centers) и других центрах социальной помощи. (Redick et al., 1996; Olfson et al., 1994). Новые условия жизни привели к катастрофическому увеличению количества людей, стремящихся получить амбулаторную помощь для решения своих психических проблем.

Частная психотерапия — соглашение, согласно которому человек платит непосредственно врачу за его советы.

Согласно общенациональным обзорам, 22 миллиона человек взрослого населения США, т. е. каждый восьмой, в течение года так или иначе пытается решить свои психологические проблемы (Kessler et al., 1994; Narrow et al., 1993). Становится все более обычными случаи, что и детям помогают решать их психологические проблемы (Kazdin, 1993).

Амбулаторные виды лечения теперь доступны для решения сравнительно большого количества проблем. Когда начинали практиковать Фрейд и его коллеги, подавляющая часть их пациентов страдала от тревожности или депрессии. Эти проблемы и сейчас доминируют в терапевтической практике; от них страдает почти половина клиентов.

Впрочем, больные с другими нарушениями также получают лечение (Zarin et al., 1998; Narrow et al., 1993). Кроме того, по крайней мере 25% пациентов получают терапию по причине менее значительных жизненных проблем, связанных с личной жизнью, семьей, работой, школой или социальными отношениями.

Однако с 1950-х годов в амбулаторном лечении стали развиваться специальные программы, фокусирующие внимание исключительно на каком-то одном типе психологических проблем. Сейчас, например, имеются центры, которые занимаются работой по предотвращению самоубийств, программы, направленные на профилактику злоупотреблений психоактивными веществами, программы, связанные с нарушениями питания, клиники различных фобий и программы, занимающиеся проблемами сексуальной дисфункции. Врачи-клиницисты, работающие с подобными программами, специализируются в какой-то одной узкой области.

Сегодняшние перспективы и специалисты.

Одним из самых важных достижений в клинической области было развитие многочисленных теорий. До 1950-х доминировала психоаналитическая точка зрения, согласно которой причиной патологического поведения являются подсознательные психологические проблемы. Затем открытие в 1950-е эффективных психотропных лекарств вызвало новый интерес к соматогенному или биологическому взгляду. Как мы увидим в следующей главе, с 1950-х появились и другие интересные теории — бихевиориальная, когнитивная, экзистенциально-гуманистическая и социокультурная. В настоящее время нет какой-то одной теории, которая доминировала бы в клинике, как когда-то доминировал психоанализ. На самом деле теории часто конфликтуют и соперничают одна с другой, однако, как мы увидим, в некоторых вопросах они

дополняют друг друга и все вместе дают более полные объяснения и средства лечения психологических нарушений (Gabbard & Goodwin, 1996).

Кроме того, в настоящее время разнообразные специалисты предлагают свою помощь людям с психологическими проблемами (Peterson et al., 1996; Murstein & Fontaine, 1993). До 1950-х годов психотерапией занимались только психиатры, врачи, которые, получив медицинское образование, стажировались три-четыре года в лечении больных с психической патологией. Однако после Второй мировой войны потребность в лечении психических заболеваний сильно выросла, и в ее удовлетворении стали принимать участие другие профессиональные группы (Humphreys, 1996).

Среди них можно выделить клинических психологов, которые, получив свой диплом по клинической психологии, стажируются четыре года после окончания института, изучая патологии поведения и их лечение, а кроме того проходят интернатуру в больнице для душевнобольных или в центре психического здоровья. Психотерапия и относящиеся к ней услуги имеют в своем распоряжении также психологов-консультантов, психологов, занимающихся проблемами, связанными с образованием, медицинских сестер, работающих с психическими больными, имеются специалисты по проблемам брака, семейные терапевты и — самая большая группа — социальные работники, имеющие дело с психически больными людьми (см. табл. 1.1). Каждая из этих специальностей имеет свою ступенчатую тренинговую программу по работе с аспирантами (Neimeyer, 1996; Peterson et al., 1996). Теоретически каждая специальность предлагает свою терапию, но на самом деле клиницисты различных специальностей часто используют схожие техники. Индивидуальных различий внутри той или иной профессиональной группы иногда бывает много больше, чем различий более общего характера между группами.

Таблица 1.1. Профессии специалистов в области психического здоровья

	Степень	Начали практиковать	Число	Средний возраст	Процент мужчин
Психиатры	доктор медицины	с 1840 года	33486	52	75
Психологи	д-ра философии, д-ра психологии, д-ра образования	с конца 1940-х годов	69817	48	56
Социальные работники	магистра по социальной работе, доктора по социальной работе	с начала 1950-х гг.	188792	47	23
Терапевты семьи и брака	различные	с 1940-х гг.	46227	52	

Одним из наиболее важных достижений в изучении и лечении психических нарушений со времен Второй мировой войны является растущее признание необходимости в эффективных исследованиях. Поскольку предлагались многие теории и формы лечения, клинические исследователи пытались определить концепции, которые лучше других объясняют и предсказывают патологическое поведение, старались обнаружить, какие средства лечения являются наиболее эффективными, выявить необходимость в их изменении, если такая необходимость есть, понять, что и как нужно сделать. Сегодня клинические исследователи, прошедшие хорошую практику, ведут исследования в университетах, лабораториях, психиатрических больницах, центрах психического здоровья и в других учреждениях подобного типа во всем мире. Их работа уже принесла важные открытия и изменила многие наши идеи относительно патологической психики.

Резюме

В 1950-е годы исследователи открыли ряд новых психотропных средств, лекарств, которые главным образом воздействуют на головной мозг и уменьшают симптомы психической дисфункции. Их успех привел к политике перевода стационарных больных на амбулаторное лечение (деинституционализации), при которой сотни тысяч пациентов были выписаны из государственных психиатрических больниц. Кроме того, амбулаторное лечение стало основной формой лечения для многих людей с психическими нарушениями, как легкими, так и серьезными.

В настоящее время в области патологической психологии работают самые разные

специалисты и приняты самые разные программы. Кроме того, имеется много прошедших хорошую практику клинических исследователей.

Методы клинического исследования.

В любой области науки, чтобы добиться истины, необходимы исследования, и это особенно важно в изучении патологической психологии, поскольку неправильные взгляды в этой области могут приводить к большим человеческим трагедиям. Однако клинические исследователи сталкиваются с определенными проблемами, которые очень осложняют их работу. Они должны найти пути к оценке таких тонких материй, как подсознательные мотивы, интимные мысли, изменение настроения и человеческий потенциал, при этом обязаны не забывать этические принципы своей работы и принимать во внимание такие проблемы, как права личности. Изучая основные методы, используемые современными исследователями, мы можем лучше понять их задачи, трудности работы и по достоинству оценить сделанные открытия. <«Искушение преждевременно строить теории, основываясь на недостаточных данных — одно из наших профессиональных заболеваний». — Шерлок Холмс, в рассказе Артура Конан Дойля «Долина страха» (1914).>

Клинические исследователи стараются обнаружить законы или принципы патологического психического функционирования. Они ищут универсальных объяснений природы, причин и методов лечения патологии. Для того чтобы собрать такие общие знания, они, как и ученые других областей, используют научный метод — то есть собирают и оценивают информацию путем тщательных наблюдений (Beutler et al.). Эти наблюдения в свою очередь позволяют им определить связи между переменными.

Понимание закономерностей — целостное понимание природы, причин и лечения патологий в форме законов и принципов.

Научный метод — процесс систематического сбора и оценки информации в ходе наблюдений, предназначенных для того, чтобы понять данное явление.

Если сформулировать проще, переменные — это любые характеристики или события, которые могут изменяться в зависимости от места или от человека. Возраст, пол и раса являются человеческими переменными. Такими же переменными являются цвет глаз, занятия человека и его социальный статус. Клинические исследователи интересуются такими переменными, как детская расторможенность и возбудимость, переживания, характерные для современной жизни, и реакция больных на разные виды лечения. Они пытаются определить, изменяются ли одновременно две или больше таких переменных и вызывает ли изменение одной переменной изменение другой. Была ли смерть одного из родителей причиной депрессии ребенка? Если это так, поможет ли данная терапия снять эту депрессию?

На эти вопросы нельзя ответить с помощью одной логики, поскольку ученые, подобно всем людям, часто ошибаются (NAMYC, 1996). Таким образом, клинические исследователи полагаются главным образом на три метода исследования: изучение случая, при котором обычно наблюдается только один объект, корреляционный метод (метод, определяющий соотношения) и экспериментальный метод, когда обычно наблюдают за многими индивидами. Каждый метод подходит для изучения каких-то обстоятельств и проблем (Beutler et al.). Все вместе эти методы позволяют ученым сформировать и проверить **гипотезу**, или предположения, к которым каким-то образом относятся определенные переменные — чтобы сделать достаточно широкие выводы и понять причины происходящего.

Переменная — любая характеристика или событие, которое может изменяться, в зависимости от времени, когда они возникают, места и людей.

Гипотеза — предположение о том, что некоторые переменные определенным образом связаны между собой.

Сцены из современной жизни

Животные тоже имеют права

На протяжении многих лет психологи изучали поведение людей, проводя эксперименты с животными. Порой животных подвергали ударам шока, преждевременно отрывали от родителей или морили голодом; проводили на них хирургические операции, меняли им мозги и даже убивали их, приносили в жертву, чтобы исследователи могли произвести аутопсию. Всегда ли такие действия этически приемлемы?

Активисты движения в защиту животных говорят — нет. Они называют такие опыты жестокими и ненужными, борцы за права животных выступают против опытов над животными, проводят акции протеста и демонстрации. Иные из участников этого движения даже нападали на ученых и громили лаборатории. В свою очередь, некоторые исследователи обвиняют активистов в том, что те заботятся больше о животных, чем о людях.

Многие клиницисты и ученые оказываются в нерешительности. По данным последних опросов, большинство психологов не одобряют эксперименты, которые причиняют боль или смерть и все же в целом поддерживают исследования, проводимые с животными, в том числе содержание животных в клетке и манипуляции с ними (Pious, 1996).

Некоторые суды штатов отреагировали на эту проблему и постановили, чтобы исследователи в университетах предавали свои проекты гласности и обеспечивали нормальное здоровье подопытных животных. Точно так же, правительственные учреждения и Американская психологическая ассоциация издали постановления, определяющие нормы проведения исследований с животными. Такие документы, например, конкретно указывают, когда исследователи имеют право убить животное, и ограничивают число хирургических операций, проводимых с одним животным.

Однако битва между защитниками животных и исследователями продолжается.

<Вопросы для размышления. Действительно ли ограничения исследований, проводимых с животными, мешают необходимым научным работам и ограничивают пользу, которую могут принести такие опыты людям? Есть ли способ учесть интересы и защитников животных, и ученых?>

Резюме

С 1950-х годов исследователи обнаружили ряд новых психотропных препаратов, лекарств, которые воздействуют главным образом на мозг и снижают многие симптомы дисфункции. Успешное применение этих лекарств привело к политике деинституционализации, при которой сотни тысяч пациентов освобождались из общественных психиатрических больниц. Кроме того, амбулаторное лечение стало главным методом лечения большинства людей с психическими расстройствами, как умеренными, так и серьезными.

Сегодня патопсихология — перспективная область и в ней работают многие профессионалы. Также существует много хорошо подготовленных клинических исследователей.

Исследование отдельных случаев болезни.

Исследование отдельных историй болезней (case study) — это подробное описание жизни человека и его психологических проблем. Описывается прошлое человека, его воспитание, настоящая ситуация и симптомы. В истории болезни могут выдвигаться различные предположения о том, как у человека возникли эти расстройства, и будет описано лечение. Одно из самых известных подобных исследований в психиатрии — «Три лица Евы». В нем описана история женщины с множественной личностью. Это исследование особое внимание уделяет трем чередующимся личностям женщины, у каждой из которых свои воспоминания, вкусы и привычки (Thidpen & Cleckley, 1957).

Исследование отдельных случаев — *детальный отчет о жизни человека и его психологических проблемах.*

Большинство клиницистов в ходе лечения пациентов делают заметки и записывают, как проходит курс лечения, некоторые из них перерабатывают эти заметки в изучение отдельных случаев и делятся своим опытом с другими профессионалами.

Исследования отдельных пациентов могут помочь клиницисту лучше понять каждого нового пациента и подсказывают ему ключ к его проблеме (Stricker & Trierweiler, 1995). Кроме того, исследования отдельных случаев болезни («кейсов») играют в развитии науки существенную роль, иногда большую, чем единичные клинические случаи (Beutler et al., 1995; Smith, 1988).

Преимущества исследования отдельных случаев

Отдельные случаи истории болезни служат источником идей, объясняющих поведение людей, и «открывают путь для новых находок» (Bolgar, 1965). Например, теория психоанализа Фрейда основывалась главным образом на случаях из его частной практики. Кроме того, исследование отдельных случаев может дать экспериментальное подтверждение теории. Фрейд использовал исследования отдельных случаев именно как подтверждение точности своих идей. И наоборот, исследование отдельных случаев может опровергнуть чьи-то теоретические предположения (Kratochwill, 1992).

Исследования отдельных случаев помогают оценить новые терапевтические техники или уникальное применение уже существующих методов. И, наконец, исследования отдельных случаев предлагают новые возможности для изучения необычных расстройств, которые редко возникают в клинической практике и поэтому ограничены небольшим числом наблюдений (Lehman, 1991). Психологи, исследующие такие проблемы, как, например, множественное расстройство личности, раньше целиком опирались на отдельные истории болезней и в них искали полезную для себя информацию.

Ограничения исследований отдельных случаев

Исследования отдельных случаев болезни хотя и во многом полезны, в то же время имеют свои ограничения. В первую очередь эти истории излагаются наблюдателями, которые могут их описывать предвзято (Lehman, 1991). Терапевты, проводящие такие исследования, сами заинтересованы в том, чтобы их лечение имело успех (Stricker & Triegerweiler, 1995). Они должны сами выбрать, какую информацию включить в историю болезни, и этот выбор порой может служить их собственным интересам. Исследования отдельных случаев также опираются на субъективные данные. Действительно ли проблема клиента обусловлена событиями, о которых говорит терапевт или клиент? Кроме всего прочего, в истории болезни может быть описана только часть событий, составляющих суть проблемы. Наконец, исследования отдельных случаев не создают базу для обобщений. События или лечение, представляющиеся существенными в одном случае, в другом оказываются ничего не значащими и не облегчают понимание и лечение болезни.

<Возникает ли психическая дисфункция в целых семьях?> Один из самых известных случаев истории болезни в патопсихологии — это изучение идентичной четверни близнецов, названной исследователями сестрами «Genain» (от греческих слов «ужасное рождение»). У всех сестер после двадцати лет развилась шизофрения. Ограниченность метода исследования отдельных случаев болезни побуждает ученых применять два других метода: корреляционный и экспериментальный. Эти методы лишены подробностей, делающих столь интересными отдельные случаи болезней, но они действительно помогают клиницистам сделать общий вывод о наличии патологии у определенной части населения. Так что эти методы стали предпочтительными методами клинических исследований. (Pincus et al., 1993).

Три характеристики корреляционного и экспериментального метода позволяют исследователям-клиницистам достигать общего понимания: 1) исследователи, как правило, наблюдают за многими людьми. Таким образом, они могут собрать достаточно информации или данных для того, чтобы подтвердить свой выбор; 2) Исследователи применяют одни и те же процедуры. Следовательно, другие исследователи могут повторить или воспроизвести их, чтобы посмотреть, получают ли они те же самые результаты или нет; 3) Исследователи применяют статистические тесты, чтобы проанализировать результаты исследования. Эти тесты показывают, оправданы ли более общие выводы.

Корреляционный метод.

Корреляция — это степень, в которой события или личные характеристики человека зависят друг от друга. Корреляционный метод — процедура в исследовании, использующаяся, чтобы определить взаимосвязь между переменными. Данный метод может, например, ответить на вопрос: «существует ли корреляция между количеством стресса, с которым сталкиваются люди и степенью испытываемой ими депрессии?» То есть, по мере того, как люди продолжают переживать стресс, насколько увеличивается вероятность того, что они впадут в депрессию?

Корреляция — степень зависимости друг от друга событий или характеристик.

Корреляционный метод — процедура исследований, которая используется для определения того, насколько события или характеристики зависят друг от друга.

Чтобы ответить на этот вопрос, исследователи подсчитывают баллы жизненного стресса (например, количество угрожающих событий, переживаемых человеком в определенный период времени) и баллы депрессии (например, баллы в опросниках по депрессии). Как правило, исследователи обнаруживают, что эти переменные увеличиваются или уменьшаются вместе (Stader & Hokanson, 1998; Paykel & Cooper, 1992). То есть чем больше количество баллов стресса в жизни определенного человека, тем выше его или ее сумма баллов по депрессии. Корреляции такого рода имеют позитивную направленность и их называют позитивной корреляцией. Корреляция может иметь и негативную, а не позитивную направленность. При негативной корреляции, когда значение одной переменной возрастает, значение

другой уменьшается. Исследователи обнаружили, например, негативную корреляцию между депрессией и уровнем активности. Чем больше депрессия человека, тем меньше его занятость.

Существует еще и третья взаимосвязь в корреляционном исследовании. Две переменные могут быть не взаимосвязаны, то есть между ними не существует последовательной взаимосвязи. Когда число одной переменной возрастает, показатели другой переменной иногда возрастают, иногда уменьшаются.

Исследования обнаружили, например, что депрессия и интеллект не зависят друг от друга.

Кроме знания направленности корреляции исследователям нужно знать ее величину или силу. То есть насколько близко эти две переменные соотносятся между собой.

Действительно ли одна переменная всегда зависит от другой или их взаимосвязь менее определена? Когда обнаруживается тесная взаимосвязь двух переменных у многих испытуемых, то говорят, что корреляция — высокая или устойчивая.

Направленность и величина корреляции часто имеет численное значение и выражается в статистическом понятии — **коэффициенте корреляции (r)**.

Коэффициент корреляции может варьироваться от +1.00, показывающего полную позитивную корреляцию между двумя переменными, и до -1.00 — этот коэффициент указывает на полную негативную корреляцию. Знак коэффициента (+ или -) обозначает направленность корреляции; число представляет ее величину. Чем ближе коэффициент к 0, тем слабее корреляция и меньше ее величина. Так корреляции +0.75 и -0.75 имеют одинаковые величины, а корреляция +.25 слабее и той и другой корреляции.

Коэффициент корреляции (r) — статистический термин, указывающий направленность и величину корреляции, колеблющийся от -1.00 до +1.00.

Поведение людей меняется, и многие человеческие реакции можно оценивать лишь приблизительно. Поэтому в психологических исследованиях корреляции не достигают величины полной позитивной или полной негативной корреляции. В одном исследовании стресса и депрессии, проводившемся с 68 взрослыми, корреляция между двумя переменными составила +0.53 (Miller et al., 1976). Несмотря на то, что эту корреляцию едва ли можно назвать абсолютной, ее величина в психологическом исследовании считается большой.

Статистический анализ корреляционных данных

Ученые должны решить, действительно ли корреляция, обнаруженная ими в данной группе испытуемых, точно отражает подлинную корреляцию в общем населении. Может ли наблюдаемая корреляция возникать только случайно? Ученые могут протестировать свои выводы при помощи статистического анализа данных, применив принципы вероятности. В сущности, они задаются вопросом, насколько вероятно, что данные отдельного исследования были получены случайно. Если статистический анализ указывает на очень малую вероятность того, что обнаруженная корреляция была получена случайно, то исследователи называют корреляцию статистически значимой и делают вывод, что их данные отражают подлинную корреляцию, встречающуюся повсеместно.

Преимущества и недостатки корреляционного метода

У корреляционного метода есть некоторые преимущества по сравнению с изучением отдельных случаев болезни. Поскольку исследователи получают свои переменные, основываясь на многочисленных примерах, и применяют статистический анализ, то они лучше могут обобщить данные о людях, которых изучали. Исследователи также могут повторить корреляционные исследования на новых испытуемых, чтобы проверить результаты своих изысканий.

Несмотря на то, что корреляционные исследования позволяют исследователям описать взаимосвязь между двумя переменными, они не объясняют эту взаимосвязь. Когда мы взглянем на позитивную корреляцию, обнаруживающуюся при исследовании разных жизненных стрессов, у нас может возникнуть искушение сделать вывод, что усиление стресса приводит к более сильной депрессии. На самом деле, однако, эти две переменные могли коррелировать по одной из трех причин: 1) жизненный стресс может приводить к депрессии; 2) депрессия может заставить людей перенести более сильный стресс (например, депрессивный подход к жизни приводит к тому, что люди будут неправильно распоряжаться деньгами или депрессия негативно скажется на их социальных взаимоотношениях); 3) депрессия и жизненный стресс могут быть обусловлены третьей переменной, такой как бедность. Вопросы причинности требуют применения экспериментального метода.

<Вопросы для размышления. Как бы вы объяснили значительную корреляцию между жизненным стрессом и депрессией? Какая из интерпретаций, по вашему мнению, наиболее точна?>

Особые формы корреляционного исследования

Клиницисты широко используют два типа корреляционных исследований — **эпидемиологические исследования** и долгосрочные (лонгитюдные) исследования. В ходе эпидемиологических исследований обнаруживается общее число случаев и распространенность определенного расстройства среди указанной части населения (Weissman, 1995). **Число случаев** — это количество новых случаев расстройств, возникших за данный период времени. **Распространенность** — общее число случаев среди населения в данный период времени; распространенность расстройства или заболевания включает как уже существующие, так и новые случаи.

За прошедшие двадцать лет клиницисты в США разработали самое обширное эпидемиологическое исследование, которое когда-либо проводилось, и назвали его Районным эпидемиологическим исследованием. Они взяли интервью более чем у 20 000 людей в пяти городах, чтобы выяснить преобладание разных психических расстройств и то, какие программы применялись для их лечения (Regier et al., 1993). Это исследование сравнивалось в эпидемиологическими исследованиями в других странах, чтобы проверить, как уровни психических расстройств и программы лечения варьируются в разных странах мира (Weissman, 1995).

<Близнецы, корреляция и наследственность. Корреляционные исследования многих пар близнецов позволяют сделать вывод о возможной взаимосвязи между генетическими факторами и некоторыми психическими расстройствами. Идентичные близнецы (близнецы, которые, как и изображенные здесь, обладают идентичными генами) проявляют высокую степень корреляции при некоторых расстройствах, и эта корреляция выше, чем у неидентичных близнецов (с неидентичными генами).>

Такие эпидемиологические исследования помогают психологам выделить группы риска, предрасположенные к определенным расстройствам. Оказывается, что среди женщин превалирует уровень расстройств, связанных с тревожным состоянием и депрессией, в отличие от мужчин, среди которых преобладает более высокий уровень алкоголизма, чем у женщин. У пожилых людей уровень суицида выше, чем у людей помоложе. У людей в некоторых не западных странах (например, в Тайване) уровень психической дисфункции выше, чем на Западе. Эти тенденции приводят исследователей к предположению, что какие-то особые факторы и среда провоцируют определенные типы расстройств (Rogers & Holloway, 1990). Так, ухудшение здоровья у пожилых людей с большей вероятностью приводит их к самоубийству; культурные прессы или установки, распространенные в одной стране, приводят к определенному уровню психических дисфункций, отличающемуся от уровня тех же дисфункций в другой стране.

Эпидемиологическое исследование — исследование, которое определяет число случаев заболевания и его распространенность среди данного слоя населения.

Число случаев заболевания — количество новых случаев расстройства, возникающих в данном слое населения в определенный период времени.

Распространенность — общее число случаев расстройств, возникающих в данном слое населения за определенный период времени.

Проводя **долгосрочные исследования**, психологи наблюдают тех же самых испытуемых в разных ситуациях на протяжении длительного периода времени. В одном таком опыте ученые наблюдали в течение многих лет развитие нормально функционирующих детей, чьи отец или мать страдали от шизофрении (Rapas, 1988; Mednick, 1971). Исследователи обнаружили среди прочего, что дети родителей с тяжелыми формами шизофрении чаще обнаруживали психические отклонения и совершали преступления на поздних стадиях своего развития.

Долгосрочное (лонгитюдное) исследование — исследование, в котором те же самые испытуемые наблюдаются в течение длительного периода времени.

Экспериментальный метод.

Эксперимент — это процедура исследований, при которой с переменной проводятся манипуляции и затем исследуется влияние этих манипуляций на другую переменную. Переменная, с которой проводятся манипуляции, называется **независимой переменной**, а переменная, за которой наблюдают, называется **зависимой переменной**.

Эксперимент — процедура исследований, при которой с переменной проводят манипуляции и затем проверяется эффект этой манипуляции.

Независимая переменная — переменная в эксперименте, с которой проводятся манипуляции, чтобы определить, окажет ли она воздействие на другую переменную.

Зависимая переменная — переменная в эксперименте, которая, как предполагается, изменяется при манипуляции с независимой переменной.

Один из вопросов, которые чаще всего задают ученые клиницисты: «действительно ли конкретная терапия снимает симптомы данного расстройства?» (Kendall, 1998; Lambert & Bergin, 1994). Поскольку это вопрос причинной взаимосвязи, на него поможет ответить только эксперимент (см. табл. 1.2). Таким образом, экспериментаторы должны назначать терапевтическое лечение людям, страдающим от данного расстройства, и затем наблюдать, улучшилось состояние пациентов после терапии или нет. В данном случае терапия — независимая переменная, а психологическое улучшение — зависимая переменная.

Таблица 1.2. Преимущества и недостатки методов исследований

	предоставляется индивидуальная информация	предоставляется общая информация	предоставляется случайная информация	можно провести статистический анализ	можно воспроизвести еще раз
Исследование отдельных случаев	да	нет	нет	нет	нет
Корреляционный метод	нет	да	нет	да	да
Экспериментальный метод	нет	да	да	да	да

Как и в корреляционных исследованиях, требуется провести статистический анализ данных и выяснить, какова вероятность того, что изменения зависимой переменной обусловлены случайностью. Опять-таки, если вероятность влияния случайных факторов незначительна, то наблюдаемые различия считаются статистически достоверными и экспериментатор с большой долей уверенности делает вывод, что они обусловлены независимой переменной.

Если подлинные причины изменения зависимой переменной нельзя отделить от других возможных причин, то эксперимент предоставляет нам очень мало информации. Таким образом, экспериментаторам нужно попытаться исключить все **помехи** из эксперимента — переменные, которые могут повлиять на зависимую переменную, помимо независимой переменной. Когда в эксперименте есть помехи, то они в большей степени, чем независимая переменная, могут обусловить видимые изменения (Goodwin, 1995).

Например, ситуативные переменные, такие как месторасположение определенного офиса (скажем, спокойная обстановка пригорода) или успокаивающие цвета в офисе, могут иметь терапевтический эффект и повлиять на участников терапевтического исследования. Или вероятно, что участники исследования окажутся чересчур мотивированными или у них будут завышенные ожидания, что терапия им поможет, что, в свою очередь, повлияет на их улучшение. Чтобы оградиться от влияния помех, исследователи в свои эксперименты включают три важные характеристики — контрольную группу, случайную выборку и планирование эксперимента вслепую (Goodwin, 1995).

Помехи — в эксперименте это переменные, отличающиеся от независимой переменной, которые также могут оказать влияние на зависимую переменную.

Контрольная группа

Контрольная группа — это группа испытуемых, которые не подвергаются воздействию независимой переменной в исследовании, но чей опыт во всем остальном похож на опыт **экспериментальной группы** испытуемых, подвергающихся действию независимой переменной. При сравнении этих двух групп экспериментатор может лучше увидеть воздействие независимой переменной. Контрольная группа (control group) — в эксперименте это группа испытуемых, не подвергающихся воздействию независимой переменной.

Экспериментальная группа — в эксперименте это испытуемые, которые подвергаются воздействию независимой переменной.

Чтобы изучить, например, эффективность терапии, экспериментаторы, как правило,

разделяют испытуемых на две группы. Экспериментальная группа посещает врача и в течение часа занимается терапией, в то время как контрольная группа может просто приходить в кабинет терапевта и находиться там то же время. Если позже экспериментаторы обнаружат, что у людей в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой состояние улучшилось, то тогда они могут сделать вывод, что терапия была эффективной, не принимая во внимание влияние времени дня, расположения офиса терапевта и других случайных помех. Чтобы оградиться от помех, экспериментаторы пытаются предоставить всем участникам как контрольной, так и экспериментальной группы опыт во всех отношениях идентичный — кроме воздействия независимой переменной.

Случайная выборка

Исследователи также должны остерегаться различий, которые могут уже существовать между участниками в экспериментальной группе и членами контрольной группы до эксперимента, так как эти различия могут внести путаницу в результаты исследования. Скажем, в терапевтическом исследовании может оказаться, что экспериментатор ненамеренно поместил испытуемых побогаче в экспериментальную группу, а испытуемых победнее — в контрольную группу. Именно это различие, а не терапия, могло стать причиной более явного улучшения, которое впоследствии обнаружилось у испытуемых экспериментальной группы (Persons & Silberschatz, 1998). Чтобы ослабить воздействие различий до эксперимента, экспериментаторы, как правило, применяют метод **случайной выборки**. Этим термином обычно обозначается процедура отбора, гарантирующая, что каждый испытуемый с одинаковой вероятностью может быть помещен как в ту, так и в другую группу. Мы могли бы, например, бросать монету или вытаскивать бумажки с именами участников из шляпы.

Случайная выборка — процедура выбора, которая гарантирует, что испытуемые случайным образом помещаются или в контрольную или в экспериментальную группу.

<**Вопросы для размышления.** Когда исследователи изучают эффективность лекарственной терапии, то состояние испытуемых, которые получают настоящее лекарство, как правило, становится лучше по сравнению с теми, кто принимает плацебо. Тем не менее состояние некоторых испытуемых, получающих плацебо, все же улучшается. Как вы думаете, почему больным помогают сахарные таблетки или другие виды плацебо?>

Крупным планом

Гендерные, расовые и возрастные предрассудки в исследованиях

Порой ошибается все научное сообщество. Ослепленные своими собственными социальными предубеждениями исследователи, планируя эксперименты, могут постоянно совершать ошибки. Например, в течение многих лет ученые на Западе предпочитали в качестве испытуемых молодых белых мужчин (Stark-Adamek, 1992; Gannon et al., 1992). Только недавно исследователи начали понимать, что данные таких экспериментов не учитывают разницу в поле, расе и возрасте. Такие предубеждения у исследователей, как мы видели, могут привести к ошибочным представлениям о симптомах, причинах, методе лечения различных психических расстройств.

В одном обзоре основных исследований по шизофрении, в частности, обнаружилось, что количество мужчин-испытуемых в два раза превосходило количество женщин (Wahl & Hunter, 1992), несмотря на тот факт, что это расстройство одинаково распространено как у мужчин, так и у женщин. Как мы можем проверить точность результатов таких исследований и как проверить, насколько точны эти исследования применительно ко всем людям, а не только к мужчинам?

Точно так же, лечение психических расстройств проверялось в группах, состоящих преимущественно из молодых белых мужчин, и на этом основании препараты затем прописывались всем категориям пациентов. Тем не менее часто оказывается, что на разные категории людей такие препараты действуют по-разному, скажем они могут быть опасны для пожилых людей, женщин и представителей других рас (Wolfe et al., 1988). Психиатр Кеминг Лин, например, недавно обнаружил, что азиаты, в том числе и родившиеся в Америке, усваивают выписываемый при шизофрении антипсихотический препарат галоперидол намного быстрее, чем белые американцы. Основываясь на этих данных, можно предположить, что пациентам азиатам американского происхождения требуется доза намного меньше, хотя до сих пор им прописывают ту же дозировку, что и белым американцам.

Потребность скорректировать подобные предубеждения тесно связана с такими важными вопросами, как научная точность, общественное здоровье и даже сексизм, расизм и предвзятое отношение к пожилым людям. Обзоры показывают, что исследователи с каждым годом совершенствуются — они все больше внимания уделяют полу участников экспериментов, расе, возрасту и соответственно планируют эксперименты. (Sue et al., 1994; Gannon et al., 1992). Исследователи начинают осознавать, что когда эксперименты проводятся предвзято, наши знания ограничиваются, прогресс науки приостанавливается и проигрывают все.

<Слишком часто изучаются и участвуют в экспериментах? В большинстве медицинских и психологических исследованиях в качестве испытуемых участвуют молодые белые мужчины. На фотографии один такой испытуемый пьет различные жидкости и помогает ученым выяснить обусловлено ли воздействие алкоголя генетическими факторами.>

Планирование вслепую

Последняя помеха — это предубеждение. Участники эксперимента могут оказывать влияние на результаты эксперимента, пытаясь понравиться экспериментатору или помочь ему (Kazdin, 1994). Так, в терапевтическом эксперименте испытуемые, которые знают цель исследования и то, в какой группе они находятся, могут прилагать больше усилий, чтобы лучше себя чувствовать или чтобы оправдать ожидания экспериментатора. В этом случае причиной улучшения их состояния может стать предубеждение испытуемых, а не терапевтический курс.

Чтобы избавиться от этого предубеждения, экспериментаторы могут помешать участникам узнать, в какой группе те находятся. Эта экспериментальная стратегия называется планирование вслепую, потому что участники эксперимента не знают, в какой группе они находятся. Так, в терапевтическом исследовании контрольные испытуемые могут получать плацебо, что-то, что выглядит или ощущается на вкус как настоящее лекарство, но в котором нет ни одного из основных ингредиентов (Addington, 1995). Эта «имитационная» терапия называется терапией плацебо. Если испытуемые в экспериментальной группе (с реальным курсом терапии) показывают результаты лучше, чем испытуемые в контрольной группе, получающей замещающую терапию, то у экспериментаторов есть больше уверенности, что причиной улучшения состояния больных была реальная терапия.

Плацебо — поддельное лечение, которое испытуемый считает настоящим.

Предубеждение самого экспериментатора также может нарушить чистоту эксперимента. (Margraf et al., 1991). Таким образом, экспериментаторы могут бессознательно передавать свои ожидания испытуемым. Это предубеждение называется эффект Розенталя по имени психолога, впервые идентифицировавшего его (Rosenthal, 1966). Экспериментаторы исключают свое собственное предубеждение, если сами будут «слепыми». Так, например, в лекарственной терапии помощник экспериментатора мог бы проверить, чтобы настоящее лекарство и плацебо выглядели идентично. Экспериментатор затем может назначать терапию, не зная, какие участники получали настоящее лекарство, а какие — поддельное.

Несмотря на то, что для проведения эксперимента его участники или экспериментатор могут поддерживать «слепоту», лучше всего, когда и те и другие «слепы» (двойное слепое планирование). В большинстве экспериментов с лекарственными препаратами применяется двойное слепое планирование (Morin et al., 1995). Многие экспериментаторы также назначают экспертов для того, чтобы те дали независимую оценку улучшения состояния пациентов, и эксперты также не знают, в какой группе (контрольной или нет) находится пациент — тройное слепое планирование.

Планирование вслепую — эксперимент, в котором испытуемые не знают, находятся они в экспериментальной или в контрольной группе.

Варианты планирования экспериментов

Экспериментаторам-клиницистам зачастую приходится планировать эксперименты в условиях, далеких от идеальных. Наиболее часты вариации следующего типа: полужэкспериментальное планирование, эксперимент в естественных условиях, эксперимент-аналог и эксперимент с одним испытуемым.

Квазиэкспериментальное планирование

В **квазиэкспериментальном** планировании или при смешанном планировании эксперимента, исследователи не отбирают участников в контрольные и экспериментальные группы, а вместо этого используют группы, уже повсеместно существующие (Kazdin, 1994). Например, поскольку психологи, исследующие насилие

над детьми, не могут в действительности применить насилие к случайно отобранной группе детей, вместо этого они сравнивают детей, уже перенесших насилие, и детей, не подвергающихся насилию. Чтобы сделать это сравнение насколько возможно более валидным, исследователи могут далее подобрать соответствующих контрольных испытуемых. То есть они подбирают в контрольную группу испытуемых такого же возраста, пола и расы, с таким же количеством детей, с одинаковым социоэкономическим статусом и другими важными характеристиками, что и участники экспериментальной группы (Kinard, 1982). Для всех детей, подвергшихся насилию, они подбирали детей со схожими характеристиками, но не испытывавших насилия, и включали их в контрольную группу.

Квазиэксперимент — эксперимент, в котором исследователи не набирают испытуемых случайным образом в контрольные и экспериментальные группы, а используют группы, уже существующие в жизни. Этот тип эксперимента также называется экспериментом со смешанным планированием.

Эксперимент в естественных условиях

В **естественном эксперименте** сама природа воздействует на независимую переменную, тогда как экспериментатор наблюдает за последствиями. Естественные эксперименты должны использоваться для изучения психологических последствий необычных и непредсказуемых событий, таких как наводнения, землетрясения, крушения самолетов и пожары. Так как сама судьба случайным образом отбирает испытуемых в этих исследованиях и воздействия не проходят по специально составленному плану, то естественные эксперименты на самом деле являются своего рода квазиэкспериментами.

Естественный эксперимент — метод исследования, при котором экспериментатор воспроизводит патологическое поведение у испытуемых в лаборатории и затем проводит эксперименты с испытуемыми.

Эксперименты-аналоги

Зачастую экспериментаторы проводят эксперименты-аналоги (Plaus, 1996). В условиях лаборатории воспроизводится патологическое поведение, а затем с испытуемыми (людьми или животными) проводят эксперименты в надежде пролить свет на причины патологии в реальной жизни. Например, исследователь Мартин Зелигман воспроизвел симптомы, напоминающие депрессию у испытуемых, в лаборатории, когда постоянно давал им негативное подкрепление (шок, громкий шум и неудачное выполнение заданий экспериментатора) и это подкрепление испытуемые не могли контролировать. В этих исследованиях «приобретенной беспомощности» участники разочаровывались, теряли инициативу и их настроение снижалось.

<**Естественный эксперимент.** Большое наводнение 1933 года принесло разрушение и оставило без крова тысячи людей на американском Среднем Западе, в том числе и этого человека на главной улице в Кларксвилле, Миссури. Естественные эксперименты, проводившиеся после этой и других катастроф, показали, что многие люди, пережившие катастрофу, испытывали длительное чувство тревоги и депрессии.>

Эксперимент с единственным испытуемым

Иногда у ученых нет возможности проводить эксперименты с несколькими испытуемыми. Они могут, например, исследовать настолько редко встречающееся расстройство, что будут располагать лишь небольшим числом испытуемых. И все же эксперименты в таких условиях можно проводить, спланировав **эксперимент с единственным испытуемым**. В них единственный испытуемый наблюдается как до, так и после манипуляции с независимой переменной (Goodwin, 1995; Kazdin, 1994).

Эксперимент с единственным испытуемым — метод исследований, при котором за единственным испытуемым наблюдают и оценивают до и после манипуляции с независимой переменной.

Эксперименты с единственным испытуемым в первую очередь опираются на базисные данные — информацию, собранную до проведения каких бы то ни было манипуляций. Эти данные берутся за стандарт и с ними сравниваются более поздние изменения. Затем экспериментатор вводит независимую переменную и снова наблюдает за поведением испытуемого. Любые изменения в поведении приписываются влиянию независимой переменной.

<«Каждый человек — исключение из правил» — К. Г. Юнг, 1921>

При эксперименте типа АБАБ или возвратном планировании реакции испытуемого измеряются и сравниваются не только во время базисного периода (условие А) и после введения независимой переменной (условие Б), но и после того, как уберут

независимую переменную (условие А), и опять после того, как введут ее снова (условие Б). Если реакция испытуемого изменяется в соответствии с изменением независимой переменной, то экспериментатор может сделать вывод, что независимая переменная обусловила изменение реакции (Kratochwill, 1992). В сущности, при планировании эксперимента в стиле АБАБ испытуемого сравнивают с ним самим в различных условиях, а не с контрольными испытуемыми.

Планирование эксперимента в стиле АБАБ — планирование эксперимента с единственным испытуемым, при котором за поведением испытуемого наблюдают во время базисного периода, после проведения лечения, после того как вновь были воспроизведены базисные условия и после воспроизведения лечения. Этот метод также называется возвратным планированием.

Один исследователь применял планирование эксперимента в стиле АБАБ, чтобы определить, поможет ли программа лечения подкреплением отучить мальчика-тинейджера от привычки прерывать занятия в классе и громко высказываться вслух (Deitz, 1977).

<Очень похожи? У шимпанзе и людей на 90% совпадает генетическая база, но их мозг и тело совершенно различны, так же как восприятие окружающего мира и переживания. Так патологическое поведение, которое воспроизводится в экспериментах-аналогах с животными, во многом отличается от патологии у людей.> В процессе программы подкрепления мальчика, страдавшего отставанием в развитии, вознаграждали и учитель обращал на него больше внимания, когда мальчику удавалось просидеть 55 минут на уроке и не высказываться громко вслух больше трех раз. Когда за ним наблюдали во время базисного периода, то обнаружили, что ученик часто прерывал занятия громкой речью. Затем мальчику дали серию подкреплений учителя (независимая переменная); как и ожидалось, он стал значительно реже громко говорить. Затем серия подкреплений приостановилась и громкая речь ученика возобновилась с прежней частотой. По-видимому, причиной улучшения действительно была независимая переменная. Чтобы окончательно увериться в результатах, терапевт опять ввел подкрепление учителя. И вновь поведение испытуемого стало исправляться.

Ограничения клинического исследования

Эту дискуссию мы начали с того, что отметили, что ученые-клиницисты ищут общие законы, которые помогут им понять, предотвратить и лечить психические отклонения. Все же, как мы видели, различные обстоятельства могут мешать развитию пауки. Каждый метод исследования обращается к некоторым проблемам человеческого поведения, но ни один из них не решает все проблемы. Так что лучше всего рассматривать каждый метод исследования как часть целого спектра подходов, которые в совокупности могут пролить свет на патологическое поведение. Когда для исследования некоторых расстройств применяется более одного метода, то важно задаться вопросом, все ли результаты ведут нас в одном направлении. Если это так, то мы, вероятно, намного ближе к четкому пониманию расстройства или эффективному лечению. И наоборот, если различные методы приводят к противоречащим результатам, мы должны признать, что наши знания в данной области еще ограничены.

Резюме

Клинические исследователи используют научный метод для того, чтобы раскрыть общие принципы патопсихологического функционирования. Эти принципы основаны на трех методах исследований: исследования отдельных случаев, корреляционного метода и экспериментального метода.

Исследование отдельных случаев — это детальный отчет о жизни человека и его психологических проблемах.

Корреляционный метод. Корреляционные исследования систематически наблюдают степень зависимости событий или характеристик друг от друга. Этот метод позволяет исследователям сделать общие выводы о проявлении этой патологии в целом. Две широко применяющиеся формы корреляционного метода — это эпидемиологические исследования и долговременные исследования.

Экспериментальный метод. При проведении экспериментов исследователи манипулируют с предполагаемыми причинами, чтобы проследить, будет ли получен ожидаемый эффект. Экспериментаторы-клиницисты часто вынуждены планировать эксперименты в условиях, далеких от идеальных, в том числе квазиэксперименты, естественные эксперименты, эксперименты-аналоги и эксперименты с единственным испытуемым.

Подводя итоги.

С древнейших времен люди пытаются объяснить, лечить и изучать патологическое поведение. Если мы исследуем реакцию на такое поведение людей в прошлом, то мы сможем лучше понять корни наших современных представлений и методов лечения. Кроме того, взгляд назад поможет нам оценить, как далеко мы продвинулись вперед — насколько человечны наши нынешние представления, насколько впечатляющи наши современные открытия и насколько большое значение имеет современный ракурс исследований.

В то же время мы должны признать, что в клинической практике существует еще много проблем. Нам еще предстоит выработать единое определение патологии. В настоящее время между клиницистами нет согласия на этот счет — существует много направлений мысли и методов лечения, в каждом из которых не учитываются притязания и успехи других методов. Клиническую практику проводят профессионалы, получившие разное образование. У всех современных методов исследований есть ключевые недостатки, ограничивающие наше знание и применение клинической информации.

По мере того как мы путешествуем по главам этой книги и рассматриваем характер, методы лечения и исследование патологии, мы должны иметь в виду силу и слабость современных разработок, прогресс, который уже налицо, и путь, лежащий впереди. Пожалуй, самый важный урок, который надо усвоить из истории, — это то, что наше настоящее понимание патологического поведения продвигается вперед. Сама эта область еще оказывается на перекрестке, и самые значительные инсайты, исследования и изменения еще впереди.

Ключевые термины

Патопсихология

Ученые-клиницисты

Клиницисты-практики

Отклонение

Норма

Культура

Дистресс

Дисфункция

Опасность

Эксцентричность

Лечение

Терапия

Трепанация

Экзорцизм

Тканевые жидкости

Тарантизм

Ликантропия

Психиатрическая больница

Моральное лечение

Соматогенная точка зрения

Психогенная точка зрения

Государственные больницы

Сифилис

Прогрессивный паралич

Массовое сумасшествие

Гипноз

Истерическое расстройство

Психоанализ

Амбулаторная терапия

Психотропное лечение

Деинституционализация

Региональная программа общественного здоровья

Частная психотерапия

Психиатр

Психолог-клиницист

Психолог-консультант

Психолог в области образования

Медсестра психиатрического отделения

Психотерапевт, специализирующийся в области супружеской психотерапии
Семейный терапевт
Социальный работник психиатрического отделения
Исследователь-клиницист
Понимание закономерностей
Научный метод
Переменная
Гипотеза
Изучение отдельных случаев
Данные
Корреляция
Корреляционный метод
Позитивная корреляция
Негативная корреляция
Коэффициент корреляции
Статистический анализ
Эпидемиологическое исследование
Число случаев заболевания
Распространенность
Долгосрочное (лонгитюдное) исследование
Эксперимент
Независимая переменная
Зависимая переменная
Помехи
Контрольная группа
Экспериментальная группа
Случайная выборка
Предубеждение испытуемого
Планирование вслепую
Плацебо
Предубеждение экспериментатора
Квазиэксперимент
Соответствующие контрольные испытуемые
Естественный эксперимент
Эксперимент-аналог
Эксперимент с единственным испытуемым
Базисные данные
Эксперимент в стиле АБАБ

Контрольные вопросы

1. Какие черты наиболее характерны для патологического психологического функционирования?
2. Назовите две формы лечения в прошлом, отражавшие демонологическое представление о патологии.
3. Приведите примеры соматогенного взгляда на психологическое отклонение из Гиппократов, Ренессанса, XIX века и недавнего прошлого.
4. Обсудите взлеты и падения морального лечения.
5. Опишите роль гипноза и истерического расстройства в развитии психогенной теории.
6. Как Зигмунду Фрейду удалось разработать теорию и технику психоанализа?
7. Опишите главные черты изменений в лечении психических расстройств с 1950-х годов.
8. Каковы преимущества и недостатки исследования отдельных историй болезни, корреляционного метода и экспериментального метода? Какие черты каждого метода позволяют исследователям составить общие представления?
9. Какую технику исследователи включают в эксперименты, чтобы оградиться от влияния помех?
10. Опишите четыре различных типа экспериментов, часто используемых исследователями.

Глава 2. Модели патологии.

Филип Берман, 25-летний неженатый безработный, бывший редактор крупного издательства, был помещен в больницу после попытки самоубийства, при которой он глубоко порезал себе бритвой запястье. Он рассказал терапевту, как сидел на полу ванной комнаты и какое-то время смотрел, как капает кровь, пока не решился позвонить на работу своему отцу и попросить его о помощи. Они с отцом прибыли в приемное отделение больницы, чтобы Филипу зашили рану, но он убедил себя и дежурного врача, что не нуждается в госпитализации. На следующий день, когда отец посоветовал ему обратиться к врачу, Филипп сбросил свой обед на пол и, разгневанный, удалился к себе в комнату. Успокоившись, он позволил отцу снова отвести себя в больницу.

Непосредственным толчком к суицидальной попытке стала его неожиданная встреча с одной из бывших подруг, которую сопровождал ее новый приятель. Пациент сообщил, что они вместе выпили по стаканчику, но все то время, пока он был с ними, он не мог избавиться от мысли, что «им не терпится удрать от него и залезть в постель». В приступе ревности Филипп выскочил из-за стола, покинул ресторан и начал думать о том, как он может «ей отплатить».

В течение предыдущих нескольких лет мистер Берман часто испытывал короткие приступы депрессии. Особенно он корил себя за ограниченный круг общения и за свою неспособность хотя бы раз в жизни вступить с женщиной в половой контакт. Рассказывая все это терапевту, он поднял глаза от пола и с саркастической ухмылкой сказал: «Я — 25-летний девственник. Давайте же, смейтесь надо мной». Он встречался с несколькими девушками, которых описал как очень привлекательных, но которые, по его словам, теряли к нему интерес. Однако после дальнейших расспросов стало ясно, что мистер Берман вскоре становился очень требовательным с ними, настаивая, чтобы партнерши выполняли все его запросы, часто в ущерб их собственным потребностям. После этого их отношения начинали казаться женщинам малопривлекательными, и они вскоре находили себе кого-то другого.

В последние два года мистер Берман имел короткие встречи стремя психиатрами, один из которых назначил ему лекарство, название которого пациент не смог вспомнить, но которое вызвало у него очень необычную реакцию, из-за чего он вынужден был провести одну ночь в больнице. Относительно той госпитализации пациент сказал, что «это было отвратительно», что персонал отказывался прислушиваться к его словам, реагировать на его просьбы и что они, в сущности, относятся ко всем пациентам «как садисты». Лечивший его врач подтвердил, что мистер Берман оказался трудным пациентом, который требовал, чтобы к нему проявляли особое отношение, и что он был настроен враждебно по отношению к большей части персонала в течение всего пребывания в больнице. После одной бурной стычки с санитаром он без разрешения покинул больницу, после чего в письменной форме отказался от медицинской помощи.

Мистер Берман был одним из двоих детей в семье, принадлежащей к среднему классу. Его отец, которому было 55 лет, занимал руководящий пост в страховой компании.

Мистер Берман считал отца слабым и неудачливым человеком, полностью подчиненным своей властной и жестокой жене, матери пациента. Он заявил, что ненавидит мать «ненавистью, которую едва может сдерживать». Он утверждал, что мать называла его в детстве «извращенцем» и «девчонкой» и что однажды во время ссоры она «пнула его ногой в пах». Если говорить о родителях в целом, то он считал их богатыми, влиятельными и эгоистичными и полагал, что они, со своей стороны, считают его ленивым и безответственным, а его поведение — проблемным. Когда родители пришли к терапевту, чтобы поговорить о лечении их сына, то заявили, что проблемы с ним начались после рождения его младшего брата Арнольда, когда Филипу было 10 лет. После рождения Арнольда Филип превратился в «своенравного» ребенка, который начал очень много себе позволять и которого стало трудно призвать к порядку. Сам Филип плохо помнил тот период. Он сообщил, что его мать однажды поместили в больницу с депрессией, но что сейчас «она не верит в психиатрию».

Мистер Берман окончил колледж со средними оценками. После завершения учебы он работал в трех разных издательствах, но ни в одном из них не продержался более года. Он всегда находил какие-то оправдания своему уходу. После увольнения с работы он обычно проводил время дома, почти ничего не делая в течение двух-трех месяцев, пока его родители не заставляли его искать новую работу. Он сообщил, что его жизнь была наполнена многочисленными контактами с учителями, друзьями и

работодателями, в которых, как он считал, его оскорбляли или плохо с ним обращались, и частыми спорами, после которых он испытывал горькие чувства и проводил большую часть времени в одиночестве, «изнывая от скуки». Он был неспособен установить с кем-либо продолжительные отношения, у него не было твердых убеждений и он не чувствовал себя связанным ни с одной группой людей. Пациент был очень худым молодым человеком, носившим бороду и очки; его кожа отличалась бледностью, он старался не смотреть в глаза терапевту, и было видно, что он испытывает чувства гнева и горечи. Хотя он и пожаловался на подавленность, но отрицал другие симптомы депрессивного синдрома. Казалось, что он поглощен своей яростью по отношению к родителям и стремится навязать окружающим жалкий образ собственной личности. (Spitzer et al., 1983, p. 59-61.)

Очевидно, что Филип Берман — психологически неблагополучный человек, но почему он стал таким? Как можно объяснить и устранить его многочисленные проблемы? Чтобы ответить на эти вопросы, нам необходимо сначала взглянуть на тот широкий спектр трудностей, в которых мы пытаемся разобраться: на депрессию и гневливость Филипа, его социальные неудачи, отсутствие у него постоянной работы, его недоверие к окружающим и проблемы внутри семьи. Затем мы должны перебрать все потенциальные причины, внутренние и внешние, биологические и межличностные, прошлые и настоящие. Какая из них больше всего влияет на его поведение?

Хотя мы можем этого и не осознавать, но все мы пользуемся какими-то общими теоретическими схемами, когда читаем историю Филипа. За время своей жизни каждый из нас выработал определенную позицию, которая помогает нам осмысливать то, что говорят и делают другие люди. В науке позиции, используемые для объяснения явлений, называют **моделями** или парадигмами. Каждая модель отражает исходные посылки ученого, упорядочивает изучаемую область и задает направление ее исследованию (Kuhn, 1962). Она влияет на то, что исследователи наблюдают, а также на вопросы, которые они ставят, информацию, которую они считают заслуживающей доверия, и на то, как они интерпретируют эту информацию (Nietzel et al., 1994; Lehman, 1991). Чтобы понять, как клиницист объясняет или лечит конкретный комплекс симптомов, мы должны узнать, какая модель определяет его взгляд на аномальное функционирование.

Модель — совокупность посылок и понятий, которые помогают ученым объяснять и интерпретировать свои наблюдения. Другое название — парадигма.

До недавних пор ученые-клиницисты, жившие в одном и том же регионе и в одно и то же время, как правило, соглашались с какой-то единой моделью патологии — моделью, на которую оказывали большое влияние представления общества, к которому они принадлежали. К примеру, демонологическая модель, использовавшаяся для объяснения аномального функционирования в Средние века, многое черпала из озабоченности средневекового общества религией, суевериями и войнами. Средневековые врачи увидели бы руку дьявола в попытках Филипа Бермана совершить самоубийство и в его депрессии, ярости, ревности и ненависти. Чтобы помочь ему избавиться от трудностей, они могли бы использовать методы лечения, начинавшиеся с молитв и кончавшиеся бичеванием, каждый из которых был бы подчинен одной цели — изгнанию инородного духа из его тела.

В наши дни для объяснения и лечения аномального функционирования используется несколько различных моделей. Их множественность является следствием изменений в общественных ценностях и представлениях, произошедших за прошедшие века, а также результатом совершенствования клинических исследований. На одном конце спектра — биологическая модель, согласно которой ключевыми в человеческом поведении являются физические процессы. На противоположном конце — социокультурная модель, которая изучает влияние общества и культуры на индивидуальное поведение. Между ними располагаются четыре модели, которые уделяют большее внимание психологическим и личностным аспектам человеческого функционирования: психодинамическая модель исследует бессознательные внутренние процессы и конфликты; поведенческая модель делает акцент на поведении и на том, как ему научаются; когнитивная модель сосредоточивает внимание на мышлении, лежащем в основе поведения; а экзистенциально-гуманистическая модель подчеркивает роль ценностей и выбора в человеческом функционировании.

Поскольку этим моделям присущи различные посылки и понятия, они иногда конфликтуют друг с другом. Те, кто стоит на одной из позиций, часто критикуют интерпретации, методы исследования и лечения, используемыми теми, кто

придерживается других позиций. Однако ни одна из моделей не отличается завершенностью: каждая направляет внимание главным образом на какой-то один аспект человеческого функционирования и ни одна не может объяснить все аспекты патологии.

Резюме

Чтобы понять аномальное поведение, ученые используют модели, или парадигмы. Каждая модель — это набор исходных посылок, влияющих на то, какие вопросы ставятся, какая информация считается заслуживающей доверия и как эта информация интерпретируется. Каждая из использующихся сегодня моделей акцентирует внимание на каком-то одном, отличном от других аспекте человеческого поведения, объясняя и излечивая расстройства в соответствии с этим аспектом.

Биологическая модель.

Филип Берман — биологическое существо. Его мысли и чувства являются следствием биохимических и биоэлектрических процессов, протекающих в его головном мозге и всем его теле. Теоретики биологического направления считают, что для того чтобы по-настоящему разобраться в мыслях, эмоциях и поведении человека, необходимо понять их биологическую основу. Неудивительно, что, на их взгляд, наиболее эффективными методами лечения проблем Филипа будут биологические подходы.

Биологические объяснения.

Теоретики биологического направления рассматривают патологическое поведение как болезнь, вызванную аномальным функционированием отдельных частей организма. В частности, основной причиной патологического поведения они считают аномальное функционирование головного мозга (Gershon & Rieder, 1992).

Головной мозг состоит примерно из 100 миллиардов нервных клеток, называемых **нейронами**, и тысячи миллиардов вспомогательных клеток, называемых глией (glia) (от греч. слова, означающего «клей»). Внутри головного мозга большие группы нейронов образуют отдельные области, или **отделы головного мозга**. Чтобы облегчить себе задачу идентификации этих отделов, давайте представим их в виде континентов, стран и штатов.

Нейрон — нервная клетка.

Отдел головного мозга — отдельная область головного мозга, образованная большой группой нейронов.

В основании головного мозга лежит «континент», именуемый задним мозгом, который, в свою очередь, образован из напоминающих страны отделов, называемых продолговатым мозгом, мостом и мозжечком (см. рис. 2.1). В середине головного мозга находится «континент», называемый средним мозгом. Поверх его расположен «континент», именуемый передним мозгом, который состоит из подобных странам отделов, называемых большим мозгом (два полушария головного мозга), таламусом и гипоталамусом, каждый из которых образован из отделов, подобных штатам. Например, большой мозг состоит из коры, мозолистого тела, базальных ганглий (ядер), гиппокампа и миндалевидного тела. Нейроны в каждом из этих отделов контролируют важные функции — к примеру, гиппокамп осуществляет контроль за эмоциями и памятью.

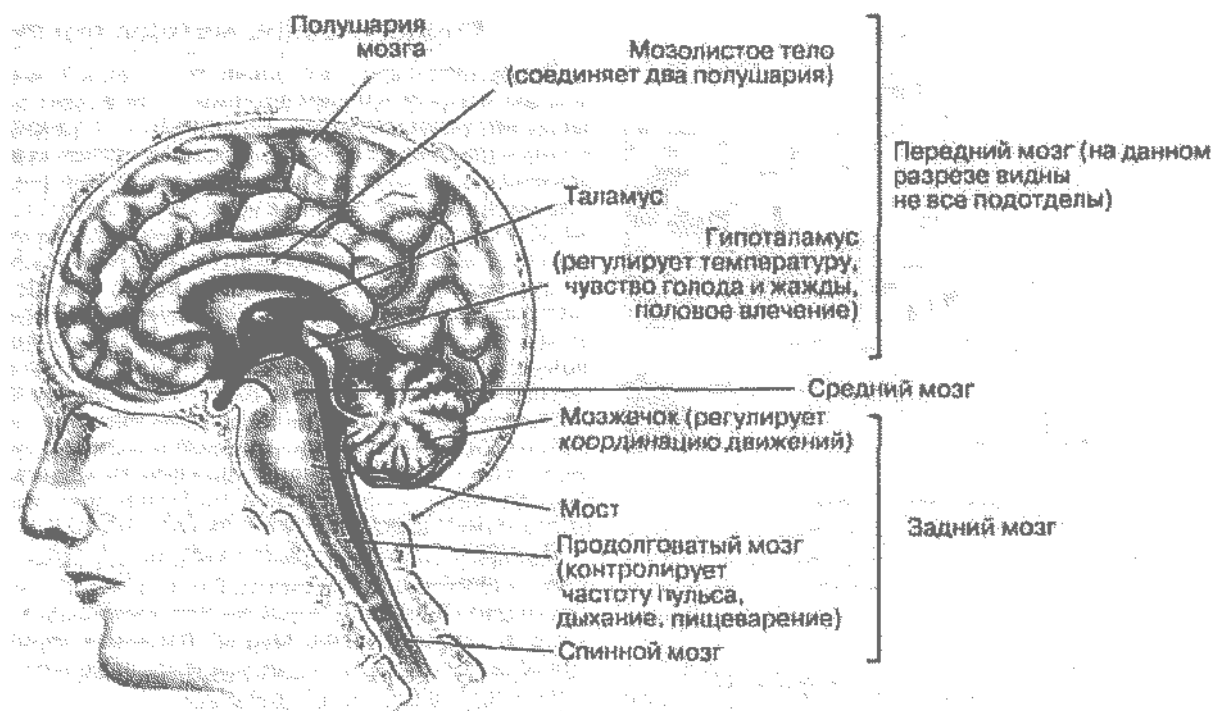


Рисунок 2.1. Головной мозг человека. На срединном продольном разрезе головного мозга можно видеть многие его отделы. Каждый отдел, состоящий из огромного количества нейронов, отвечает за определенные функции. Исследователи-биологи установили, что психические расстройства часто связаны с проблемами в передаче сигналов от нейрона к нейрону. Информация распространяется по головному мозгу в виде электрических импульсов, которые передаются от одного нейрона к другому или к нескольким нейронам. Импульс сначала принимается **дендритами** нейрона, выростами (или антеннами), расположенными на одном конце нейрона. От них он движется по **аксону** нейрона, длинному волокну, выступающему из тела нейрона. Наконец, он передается другим нейронам через **нервные окончания**, находящиеся на противоположном конце нейрона (см. рис. 2.2).

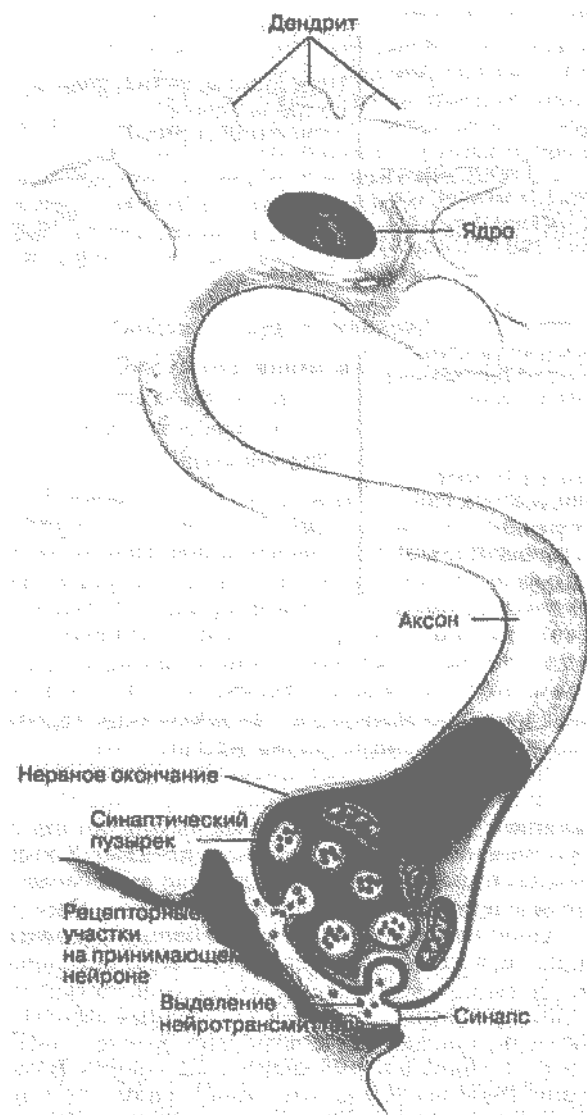


Рисунок 2.2. Типичный нейрон. Сигнал распространяется по аксону нейрона к нервному окончанию, где нейротрансмиттеры переносят его через синаптическое пространство к принимающему нейрону. (Bloom, Lazerson & Hofstadter, 1985, p. 35.)

Дендрит — вырост, расположенный на одном конце нейрона, который принимает импульс от других нейронов.

Аксон — длинное волокно, выступающее из тела нейрона.

Нервное окончание — участок на конце нейрона, с которого импульс передается на соседний нейрон.

Но каким образом сигналы передаются с нервных окончаний одного нейрона на дендриты другого? Ведь нейроны фактически не соприкасаются друг с другом. Микроскопическое пространство, называемое **синапсом**, отделяет нейрон от соседнего нейрона, и сигнал должен каким-то образом преодолеть это пространство. Когда электрический импульс достигает нервного окончания, последнее стимулируется и выделяет химическое вещество, называемое **нейротрансмиттером** (медиатором), которое перемещается через синаптическое пространство к **рецепторам** на дендритах соседних нейронов. В свою очередь, некоторые нейротрансмиттеры заставляют принимающие нейроны «сработать» или запустить следующий электрический импульс. Другие нейротрансмиттеры прекращают срабатывание нейронов. Тем самым нейротрансмиттеры играют ключевую роль в передаче информации по головному мозгу.

Синапс — микроскопическое пространство между нервным окончанием одного нейрона и дендритом другого.

Нейротрансмиттер — химическое вещество, которое выделяется нейроном, пересекает синаптическое пространство и принимается рецепторами, находящимися на дендритах соседних нейронов.

Рецептор — участок нейрона, принимающий нейротрансмиттер.

<Психологические заметки. Головной мозг червя насчитывает 28 нейронов.>
<«Я — один сплошной мозг, Уотсон. Все остальное — не более чем придаток». — Шерлок Холмс в рассказе Артура Конан Дойля «Камень Мазарини»>

Исследователи идентифицировали в головном мозге десятки нейротрансмиттеров и установили, что каждый нейрон использует только определенные виды нейротрансмиттеров (Barondes, 1993). Исследования показывают, что аномальная активность некоторых нейротрансмиттеров может приводить к определенным психическим расстройствам (Gershon & Rieder, 1992). Например, тревожные расстройства связывают с низкой активностью нейротрансмиттера гамма-аминомасляной кислоты, шизофрению — с избыточной активностью нейротрансмиттера допамина, а депрессию — с низкой активностью нейротрансмиттера серотонина. Не исключено, что причиной депрессии и ярости Филипа Бермана могла быть низкая активность серотонина.

Исследователи фокусируют свое внимание не только на нейронах и нейротрансмиттерах — они также выяснили, что психические расстройства бывают иногда связаны с аномальной активностью **эндокринной системы** организма.

Эндокринные железы, расположенные по всему телу, вместе с нейронами контролируют такие жизненно важные функции и характеристики, как рост, воспроизводство, сексуальная активность, частота пульса, температура тела, энергетический запас и реакции на стресс. Железы выделяют в кровь химические вещества, называемые **гормонами**, которые затем приводят в действие телесные органы. К примеру, во время стресса надпочечные железы, расположенные поверх почек, выделяют гормон кортизол. Аномальную секрецию этого химического вещества связывают с тревожными расстройствами и расстройствами настроения.

Эндокринная система — система желез, расположенных по всему телу и помогающих контролировать жизненно важные функции, такие как рост и сексуальная активность.

Гормоны — химические вещества, выделяемые эндокринными железами в кровь.

Аномалии нейротрансмиттеров и эндокринной системы иногда являются результатом плохой наследственности. Каждая клетка головного мозга и организма человека в целом содержит 23 пары **хромосом**. Каждая из этих структур состоит из множества **генов** — молекул, которые контролируют характеристики и черты, наследуемые человеком. Хромосомы (и гены) наследуются; каждая хромосома в паре наследуется от одного из родителей. Ученым уже давно известно, что гены частично определяют такие физические характеристики, как цвет волос, рост и зоркость глаз. Гены могут способствовать предрасположенности людей к сердечным заболеваниям, раку или диабету и, возможно, обуславливают художественные и музыкальные наклонности. В последние годы исследователи обнаружили, что гены могут также влиять на поведение, в том числе на его аномалии.

Хромосомы — парные структуры, находящиеся в клетке и содержащие гены.

Гены — молекулы, содержащиеся в хромосомах и контролирующие наследуемые характеристики.

Генетические факторы связывают с расстройствами настроения, шизофренией, умственной отсталостью, болезнью Альцгеймера и другими психическими расстройствами (Cadoret, 1995; Winokur et al., 1995). Однако исследователи пока еще не могут идентифицировать конкретные гены, несущие ответственность за эти расстройства. Не известно им пока и то, в какой степени генетические факторы способствуют различным психическим расстройствам. Представляется, что в большинстве случаев определенная модель поведения или психическое расстройство бывают вызваны не каким-то одним геном, а множеством генов, которые взаимодействуют друг с другом, определяя наши разнообразные модели поведения и эмоциональные реакции, как нормальные, так и аномальные.

Биологические методы терапии.

Врачи, исповедующие биологический подход, выискивают определенные виды подказок, когда пытаются понять аномальное поведение. Демонстрировали ли в прошлом подобное поведение члены семьи пациента и, следовательно, имели ли они генетическую предрасположенность к нему? (В истории болезни Филипа Бермана упоминается о том, что его мать однажды поместили в больницу с депрессией.) Нет ли определенной закономерности в том, как протекает расстройство? (Депрессивные чувства Филипа были охарактеризованы как периодические; по-видимому, они появлялись и исчезали на протяжении нескольких лет.) Не усугубляют ли поведение факторы, способные оказывать физиологическое воздействие? (Филип выпил

алкогольный напиток, когда в ресторане его охватил приступ ревности.) Выявление клиницистом физической дисфункции позволяет подобрать адекватное лечение (Kandel, 1998).

На сегодняшний день наиболее популярными являются следующие три биологических метода лечения: медикаментозная терапия, электрошоковая (электросудорожная) терапия и психирургия. Медикаментозная терапия применяется намного чаще, чем остальные методы, психирургия — достаточно редко.

В 1950-е гг. исследователи создали несколько эффективных **психотропных препаратов** — лекарств, которые воздействуют главным образом на эмоции и мыслительные процессы. Эти лекарства в значительной мере изменили представления, касающиеся ряда психических расстройств, и сейчас широко используются, как одни, так и вместе с другими формами терапии. Однако революция, вызванная появлением психотропных лекарств, сопровождалась и серьезными проблемами. Некоторые из этих лекарств дают нежелательные побочные эффекты. Кроме того, такими препаратами иногда злоупотребляют. Наконец, хотя во многих случаях они и оказываются эффективными, но помогают не всем.

<Совпадение или нечто большее? Исследования близнецов показывают, что некоторые аспекты поведения и личности бывают обусловлены генетическими факторами. Эти однояйцевые близнецы были разлучены при рождении и воспитывались врозь. Однако когда они вновь встретились в 31-летнем возрасте, то выяснилось, что оба выбрали профессию пожарного. Установлено, что многие разлученные однояйцевые близнецы делают одинаковый жизненный выбор, ведут себя в схожей манере и даже страдают аналогичными поведенческими аномалиями.>

Психотропные препараты — лекарства, которые воздействуют прежде всего на головной мозг и снимают многие симптомы психической дисфункции.

Противотревожные лекарства — психотропные лекарства, которые помогают снять напряжение и тревогу. Другие названия: малые транквилизаторы (*minor tranquilizers*) и анксиолитики (*anxiolytics*).

Антидепрессанты — психотропные лекарства, которые улучшают настроение людей, страдающих депрессией.

В терапии используются четыре основные группы психотропных лекарств:

противотревожные средства, антидепрессанты, нормотимики и антипсихотические препараты. Противотревожные лекарства, также называемые малыми транквилизаторами или анксиолитиками, снимают напряжение и тревогу. К ним относятся альпразолам (торговое название — ксанакс) и диазепам, или седуксен (торговое название — валиум). Антидепрессанты помогают улучшить настроение людей, страдающих депрессией. Эти лекарства, к которым относятся флуоксетин (прозак) и сертралин (золофт), могут помочь примерно 60% пациентов с депрессией (Steffens et al., 1997; Montgomery & Kasper, 1995). Фактически, сами торговые названия лекарств часто указывают на их способность заметно улучшать настроение (см. табл. 2.1). Нормотимики помогают выровнять настроение людей, страдающих биполярным расстройством — расстройством, которое характеризуется перепадами настроения, меняющегося от мании до депрессии. Наиболее эффективный нормотимик — литий, который помогает приблизительно в 60% случаев (Klerman et al., 1994; Prien, 1992). Наконец, антипсихотические лекарства снимают помрачение сознания, галлюцинации и бред, наблюдаемые при психотических расстройствах — расстройствах, характеризующихся утратой контакта с реальностью. Широко применяются галоперидол (халдол) и рисперидон (риспердал). Исследования показывают, что эти лекарства оказываются более эффективными, чем любая иная одиночная форма лечения шизофрении и других психотических расстройств, снимая симптомы по меньшей мере у 65% людей с этими расстройствами (Lieberman et al., 1996; Klerman et al., 1994).

Таблица 2.1. Игра в названия (по-видимому, торговые названия психотропных препаратов часто указывают на ожидаемое действие лекарства)

Торговое название	Ключевая лингвистическая характеристика
Противотревожные лекарства	
Гальцион (Halcyon)	Приятно успокаивающий
Экванил (Equanyl)	Создающий миролюбивое настроение
Унисом (Unisom)	Вызывающий дремоту
Либриум (Librium)	Приводящий в равновесие

<i>Антидепрессанты</i>	
Элавил (Elevyl)	Приподнимающий
Синекван (Sinequan)	То, без чего нельзя обойтись (лат. sine quon)
Вивактил (Vivactyl)	Бодрящий
Асендин (Ascendin)	Всходящий
Золофт (Zoloft)	Возвышающий
<i>Антипсихотики</i>	
Серентил (Serentyl)	Проясняющий
Торазин (Thorasin)	Тор (могучий скандинавский бог-громовержец)
<i>Лекарства, помогающие при болезни Паркинсона</i>	
Симметрил (Simmetryl)	Симметрия
<i>Лекарства, помогающие при болезни Альцгеймера</i>	
Когнекс (Cognex)	Познающий

<В недавнем прошлом. До того как были созданы эффективные психотропные препараты, врачи психиатрических клиник прибегали к таким приемам, как обертывание в мокрые простыни — средство, призванное успокоить возбужденных пациентов.>

<Психологические заметки. Подсчитано, что в США у фармацевтической компании на разработку нового лекарства уходит в среднем 12 лет и 238 млн. долларов, включая стоимость исследования эффективности лекарства и его безвредности в соответствии со стандартами Администрации по контролю за продуктами питания и лекарствами (Haigler et al., 1993).>

Нормогимики — психотропные лекарства, которые стабилизируют настроение людей, страдающих биполярным расстройством настроения.

Антипсихотические лекарства — психотропные лекарства, которые помогают снять помрачение сознания, галлюцинации и бред, наблюдаемые при психотических расстройствах.

Другой формой биологического лечения, широко применяемой в настоящее время, главным образом к депрессивным пациентам, является **электрошоковая (электросудорожная) терапия (ЭСТ)**. Ко лбу пациента прикрепляются два электрода, и через его головной мозг пропускается короткий разряд электрического тока напряжением от 65 до 140 Вольт. Ток вызывает судорогу, или конвульсию, головного мозга, которая длится до нескольких минут. После 7-9 сеансов ЭСТ, проводимых через 2-3 дня, многие люди испытывают значительно меньшую депрессию. Этот метод лечения способен улучшить настроение приблизительно 60% депрессивных пациентов (APA, 1993; Sackeim, 1990). Он применяется ежегодно к десяткам тысяч депрессивных людей, в частности к тем, чью депрессию не удастся снять другими методами (Foderaero, 1993; Buchan et al., 1992).

Электрошоковая (электросудорожная) терапия — метод лечения, при котором через головной мозг пропускается электрический ток, вызывающий судорогу головного мозга.

Считается, что **психохирургия**, хирургические операции на головном мозге при психических расстройствах, уходит корнями в далекое прошлое, беря свое начало с трепанации — доисторической практики проделывания отверстия в черепе человека, поведение которого отличалось странностями. Ее современные формы заимствованы из методики, разработанной в конце 1930-х гг. португальским нейропсихиатром Антониу де Эгаш Монишом. При этой процедуре, известной как лоботомия, хирург прорезает каналы между лобными долями головного мозга и его нижележащими центрами.

Психохирургия — хирургические операции на головном мозге при психических расстройствах.

Лоботомия — психохирургия, при которой хирург прорезает каналы между лобными долями головного мозга и его нижележащими центрами.

Сегодня хирургические операции на головном мозге отличаются намного большей точностью, чем лоботомии, применявшиеся в прошлом (Beck & Cowley, 1990). Они дают меньше нежелательных эффектов и, по всей видимости, помогают в некоторых случаях тяжелой депрессии, тревоги и обсессивно-компульсивного расстройства. Несмотря на это, они считаются экспериментальными и используются только в том

случае, когда тяжелые расстройства тянутся годами и все прочие формы лечения оказываются безрезультатными (Goodman et al., 1992).

<Вопросы для размышления. В нашем обществе ширится использование психотропных препаратов. Что можно сказать на основании огромной популярности этих лекарств о потребностях людей в наши дни, о способах преодоления ими трудностей и об используемых ими подкреплениях, а также о темпе современной жизни и о приемах разрешения проблем, характерных для нашего высокотехнологического общества?>

<ЭСТ. У пациента, подвергающегося электрошоковой терапии, происходит судорога головного мозга, когда на электроды, прикрепленные к его голове, подается электрический ток.>

Оценка биологической модели.

Сегодня биологическая модель пользуется большой популярностью. Биологические исследования часто позволяют получить новую ценную информацию в течение короткого промежутка времени. А биологические методы лечения нередко оказываются весьма действенными, в тех случаях, когда не помогают другие подходы. В то же время биологическая модель имеет свои недостатки и проблемы. Некоторые из ее последователей, по-видимому, ожидают, что все стороны человеческого поведения можно объяснить в биологических терминах и корректировать с помощью биологических методов. Такая позиция может скорее ограничивать, чем обогащать, наше понимание аномального функционирования. Психическая жизнь человека складывается из взаимодействия биологических и небιологических факторов, и важно изучить это взаимодействие в теории и лечебной практике, а не сосредоточивать внимание на одних лишь биологических переменных (Kleinman & Cohen, 1997).

Вторая проблема состоит в том, что данные, говорящие в пользу биологических объяснений, неполны или неубедительны. Например, многие исследования головного мозга приходится проводить на животных, у которых симптомы депрессии, тревоги или какой-либо другой патологии вызывают с помощью лекарств, хирургическими методами или экспериментальной манипуляцией. Ученые не могут быть уверены в том, что расстройство, возникающее у животных, аналогично исследуемому человеческому расстройству.

Резюме

Теоретики биологического направления акцентируют внимание на биологических процессах человеческого функционирования. Объясняя аномальное поведение, они указывают на анатомические дефекты в головном мозге, дисфункцию нейротрансмиттеров или неправильную секрецию некоторых гормонов. Подобные отклонения иногда обусловлены наследственностью.

Биологически-ориентированные терапевты используют физические и химические методы, чтобы помочь людям справиться со своими психологическими проблемами. Основные методы: медикаментозная терапия, электрошоковая терапия и, в редких случаях, психирургия.

Психодинамическая модель.

Психодинамическая модель является старейшей и наиболее известной из современных психологических моделей. Психодинамические теоретики полагают, что поведение, будь то нормальное или аномальное, обусловлено главным образом скрытыми психологическими силами, которые человек не осознает. Эти внутренние силы считаются динамическими, т. е. они взаимодействуют друг с другом, и их взаимодействие придает определенную форму поведению, мыслям и эмоциям. Появление эмоциональных и поведенческих симптомов рассматривается как результат конфликтов между этими силами.

Психодинамические теоретики увидели бы в Филипе Бермане человека с внутренним конфликтом. Они стали бы изучать его прошлую жизнь, поскольку, согласно их взглядам, психологические конфликты связаны с ранними отношениями и травматическими переживаниями, которые имели место в ранние годы жизни. Психодинамические теоретики исходят из детерминистского предположения, что никакие симптомы или поступки не являются «случайными»: все поступки обусловлены прошлым опытом. Таким образом, могут быть одинаково важны и

ненависть Филипа к своей матери, и его воспоминания о ней как о жестокой и властной, и слабость и бездеятельность его отца, и рождение младшего брата, когда Филипу было 10 лет.

Психодинамическая модель была впервые сформулирована венским невропатологом Зигмундом Фрейдом (1856-1939) на пороге XX века. Изучив гипноз, Фрейд разработал теорию психоанализа (psychoanalysis), призванную объяснить как нормальное, так и аномальное психологическое функционирование; он также разработал соответствующий метод лечения — использующий беседу подход, также называемый психоанализом. В начале 1900-х годов Фрейд и несколько его коллег по Венскому психоаналитическому обществу — в том числе Карл Густав Юнг (1875-1961) и Альфред Адлер (1870-1937) — стали наиболее влиятельными клиническими теоретиками на Западе. 24 тома трудов Фрейда, посвященных психоаналитической теории и лечению, широко изучаются и в наши дни.

Сцены из современной жизни

Мелатонин: чудодейственный гормон или рекламный трюк?

Клеопатра купалась в ванне, наполненной свернувшимся молоком, а Понсе де Леон (испанский конкистадор. — Прим. перев.) годами странствовал в поисках источника молодости. Сегодня армия людей, принадлежащих к поколению бума рождаемости, обращается к «травным» добавкам и «натуральным» гормонам, чтобы задержать процесс старения и избавиться от повседневных недомоганий и болей. Одним из таких средств является мелатонин, гормон, вырабатываемый в небольших количествах шишковидной железой головного мозга.

В последние годы появилось несколько хорошо раскупаемых книг, посвященных мелатонину. Их обложки гласят, что мелатонин — это «наиболее впечатляющее достижение медицины нашего времени!» и что он действительно способен «вернуть вспять процесс старения». Они указывают, что мелатонин может устранить депрессию, укрепить иммунную систему, понизить уровень холестерина, увеличить продолжительность жизни, сделать человека более энергичным, улучшить сон, снять стресс, устранить нарушение суточного ритма после дальних авиаперелетов и даже увеличить сексуальную потенцию. Кроме того, он якобы способен предотвращать рак, сердечные заболевания, катаракты, язвы, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и беременность.

Возможно, мелатонин и не отвечает всем этим требованиям, но одно несомненно: продается он очень хорошо (Kiestner & Kiestner, 1996). Универсальные центры питания (General Nutrition Centers), сеть магазинов по всей Америке продают ежедневно около 4 тыс. упаковок мелатонина, который покупают даже лучше, чем витамин С (Bonn, 1996; deVelta, 1996). Но соответствует ли реальность рекламным обещаниям? На что в действительности способен мелатонин?

Мелатонин — гормон, являющийся одним из наиболее распространенных в природе; его обнаруживают у самых разных видов животных (Cowley, 1995). Когда темнеет, отсутствие света заставляет шишковидную железу начать секрецию мелатонина.

Затем этот гормон вызывает ряд других химических превращений в головном мозге, нагоняя на нас сон. Уровень мелатонина выравнивается на рассвете, когда свет понижает активность шишковидной железы и мы просыпаемся. Таким образом, этот гормон контролирует наш суточный ритм, или наши «биологические часы».

Активность мелатонина достигает своего пика в период детства и непрерывно понижается в годы взрослой жизни, по мере того как шишковидная железа отвердевает (Turek, 1996). Это связанное с возрастом понижение уровня мелатонина навело некоторых исследователей на мысль, нельзя ли облегчить нарушение сна и другие проблемы, встречающиеся у пожилых людей, с помощью доз мелатонина.

Исследования подтверждают некоторые из этих ожиданий, но, разумеется, не все.

Малые дозы мелатонина, очевидно, вызывают освежающий сон у некоторых здоровых взрослых людей (Wurtman, 1994; Waldhauser et al., 1990). Они также могут снять последствия дальних авиаперелетов, регулируя внутренние биологические часы и хитростью заставляя организм вести себя так, будто еще ночь (Bonn, 1996). Кроме того, мелатонин способен помочь людям, работающим в ночную смену, и слепым, чьи суточные ритмы могут быть нарушены. В то же время, еще предстоит определить, какие количества этой гормональной добавки являются оптимальными; фактически, его дозы часто оказываются чрезмерными. Слишком большое количество мелатонина вызывает сонливость — эффект, представляющий опасность для пилотов авиалиний и людей, работающих в ночную смену (Arendt, 1994).

Ряд данных свидетельствует, что мелатонин способен выполнить функцию

противозачаточных таблеток как для женщин, так и для мужчин (Raloff, 1995). Однако маловероятно, что он окажется средством, заметно повышающим половое влечение, как пытаются нас уверить некоторые рекламные материалы. Более того, ряд исследований на животных показал, что он даже понижает сексуальную активность (Turek, 1996).

Может ли мелатонин повышать иммунитет или устранять болезни? Исследователи не обнаружили, что мелатонин каким-либо образом влияет на сердечные заболевания или на уровень холестерина (Turek, 1996). Но некоторые исследования показывают, что мелатонин может способствовать функционированию иммунной системы в периоды сильного стресса (Maestroni, 1993; Guerrero & Reiter, 1992). В целом, однако, характер взаимодействия иммунной системы и мелатонина понят еще не достаточно хорошо.

Отсутствуют факты, указывающие на то, что мелатонин является источником молодости. Утверждения, что он способствует долголетию, основываются главным образом на исследовании, в котором ученые заменяли отвердевшие шишковидные железы старых мышей на здоровые железы, взятые у молодых особей, и наоборот. Продолжительность жизни старых мышей со здоровыми железами была дольше обычной, а молодые мыши с отвердевшими железами быстро старели и рано умирали. На первый взгляд, эти данные свидетельствуют, что мелатонин, выделяемый активной шишковидной железой, увеличивает продолжительность жизни. Однако некоторые ученые указали, что в организме мышей того вида, который использовался в исследовании, мелатонин вообще не вырабатывается. Следовательно, все эффекты долголетия после замены желез были, вероятно, вызваны каким-то другим фактором (Turek, 1996; Ebihara et al., 1986).

Пусть положительные свойства мелатонина не доказаны, рассуждают некоторые люди, но его прием не может принести вреда. А если все-таки может? Хотя сообщалось о незначительном количестве нежелательных побочных эффектов (Raloff, 1995), но многие долговременные последствия воздействия мелатонина еще предстоит изучить. Мелатонин — активный гормон, не простой витамин, а прежде чем гормоны начнут оказывать свое действие, может пройти несколько лет. Вдобавок, предстоит еще определить оптимальные величины и порядок приема доз мелатонина; слишком большие дозы могут не только вызывать сонливость, но и понижать температуру тела и иммунитет (Chase, 1996). Неизвестны и эффекты мелатонина в период беременности и полового созревания, а также характер его взаимодействия с другими лекарствами (Bonn, 1996).

Продажа мелатонина без рецепта запрещена в Канаде, Британии и Франции и строго контролируется в других странах (Chase, 1996). Однако в США мелатонин относится к «диетическим добавкам», а не к лекарствам, и поэтому Администрация по контролю за продуктами питания и лекарствами не регламентирует его продажу. У потребителей нет гарантии, что покупаемый продукт лишен примесей, безопасен и эффективен или даже что он вообще содержит мелатонин. Видимо, пока этот гормон не будет лучше изучен и его реализация — лучше контролироваться, действует правило «качество на риск покупателя».

Теория Фрейда.

Фрейд полагал, что личность формируют три основные силы: инстинктивные потребности, рациональное мышление и моральные стандарты. Все эти силы, считал он, действуют на бессознательном уровне, недоступны непосредственному восприятию и взаимодействуют друг с другом. Фрейд назвал эти силы Ид (Оно), Эго (Я) и Суперэго (Сверх-я).

Ид

Фрейд использовал термин **Ид** для обозначения инстинктивных потребностей, влечений и импульсов. Ид действует в соответствии с **принципом удовольствия**, т. е. Ид все время стремится получить наслаждение.

Ид — согласно Фрейду, психологическая сила, обуславливающая инстинктивные потребности, влечения и импульсы.

Принцип удовольствия — стремление к получению наслаждения, которое характеризует функционирование ид.

Фрейд также полагал, что все инстинкты Ид носят, как правило, сексуальный характер, отмечая, что начиная с самых ранних стадий жизни ребенок получает удовольствие от кормления, дефекации, мастурбации или других видов сексуальной активности. Кроме того, он предположил, что Ид поддерживается **либидо**, или сексуальной энергией человека.

Либидо — сексуальная энергия, питающая ид.

Эго

В первые годы жизни мы начинаем понимать, что наше окружение не удовлетворит все наши инстинктивные потребности. К примеру, мать не всегда бывает рядом, чтобы откликнуться на наш призыв. В результате, часть Ид отделяется и становится **Эго**. Подобно Ид, Эго бессознательно ищет наслаждений, но оно делает это в соответствии с **принципом реальности**, приобретаемым опытным путем знанием того, что открытое выражение импульсов нашего Ид может быть неприемлемым. Эго, используя рассудок, дает нам знать, когда мы можем выразить свои импульсы, а когда нет.

Эго — согласно Фрейду, психологическая сила, которая использует рассудок и действует в соответствии с принципом реальности.

Принцип реальности — осознание того, что мы не можем всегда выражать или удовлетворять импульсы нашего ид.

Эго вырабатывает базовые приемы, называемые **защитными механизмами Эго**, с тем чтобы контролировать недопустимые импульсы Ид и избежать тревоги, которую они порождают, или уменьшить ее. Самый главный защитный механизм, вытеснение, не позволяет неприемлемым импульсам проникать в сознание. Существует много других защитных механизмов Эго, и каждый из нас обычно предпочитает какие-то одни остальным (см. табл. 2.2).

Таблица 2.2. Спасительные защитные механизмы

Защита	Действие	Пример
Вытеснение	Человек избегает тревоги, не позволяя мучительным или опасным мыслям проникать в сознание.	Страстное желание сотрудника проявить гнев и наброситься на своего начальника и коллег на собрании правления не получает доступа в его сознание.
Отрицание	Человек отказывается признавать существование внешнего источника тревоги.	Вы не готовы к завтрашнему выпускному экзамену, но убеждаете себя, что этот экзамен не имеет большого значения и что нет причин, препятствующих вам пойти сегодня вечером в кино.
Фантазия	Человек использует воображаемые объекты, чтобы удовлетворить неприемлемые, вызывающие тревогу желания, которые в противном случае остались бы нереализованными.	Агрессивный водитель подрезает передок вашего автомобиля и припарковывается на шикарной стоянке. Позже вы предаётесь фантазии о том, как вы выходите из своего автомобиля и делаете из водителя котлету на глазах у восхищенных зрителей.
Проекция	Человек приписывает собственные неприемлемые импульсы, мотивы и желания другим людям.	Сотрудник, который подавляет свои деструктивные желания, может спроецировать гнев на начальника и заявить, что на самом деле враждебно настроен именно начальник.
Рационализация	Человек придумывает социально приемлемое обоснование действию, которое на самом деле прикрывает непривлекательные мотивы.	Студент оправдывает свои плохие отметки, указывая на важность «всего опыта» посещения колледжа и утверждая, что если придавать слишком большое значение отметкам, это может даже помешать всестороннему образованию.
Реактивное образование	Человек совершает действие, являющееся полной противоположностью тех импульсов, существование которых он боится признать.	Мужчина испытывает гомосексуальные чувства и реагирует на это, занимая жесткую антигомосексуальную позицию.

Смещение	Человек переносит враждебные чувства к опасному объекту на более безобидный заменитель.	Обнаружив, что ваше парковочное место занято, вы выплескиваете накопившийся гнев, затевая драку с товарищем по комнате.
Интеллектуализация (изоляция)	Человек подавляет эмоциональные реакции, заменяя их внешне логичным подходом к проблеме.	Женщина, которую избили и ограбили, дает бесстрастное, методичное описание того, как подобное нападение может отразиться на жертве.
Аннулирование	Человек пытается загладить вину за неприемлемые желания или поступки, часто с помощью ритуальных действий.	Женщина, испытывающая агрессивные чувства по отношению к своему мужу, разглаживает свадебную фотографию всякий раз, когда ее посещают подобные мысли.
Регрессия	Человек уходит от неприятного конфликта, возвращаясь на раннюю стадию развития, на которой от людей не ждут зрелого или ответственного поведения.	Мальчик, неспособный справиться с гневом, который он испытывает по отношению к отвергающей его матери, начинает проявлять поведение, соответствующее более младшему возрасту, например, перестав заботиться о своих элементарных потребностях и пачкая одежду.
Сверхкомпенсация	Человек пытается замаскировать какой-то личностный недостаток, акцентируя внимание на другой, более желательной черте.	Очень застенчивая молодая женщина чрезмерно компенсирует свои слабые социальные навыки, проводя много часов в спортивном зале, с тем чтобы максимально реализовать свои физические способности.
Сублимация	Человек высвобождает сексуальную и агрессивную энергию способами, приемлемыми для общества.	Спортсмены, художники, хирурги и другие преданные своему делу и обладающие высокой квалификацией люди, возможно, достигают больших успехов благодаря тому, что направляют на свою работу энергию, которая в других случаях может быть потенциально опасной.

< **Анна и Зигмунд Фрейд.** Анна, самая младшая из шести детей Зигмунда Фрейда, училась психоанализу у своего отца, а затем открыла собственный врачебный кабинет рядом с кабинетом отца. (У них была общая приемная.) Известность ей принесли труды, посвященные защитным механизмам, другим формам активности Эго и работы посвященные периодизации психического развития у детей.>

Защитные механизмы Эго — согласно психоаналитической теории, приемы, вырабатываемые Эго для того, чтобы контролировать неприемлемые импульсы Ид и избежать тревоги, которую они порождают, или уменьшить ее.

Вытеснение — защитный механизм, с помощью которого Эго не позволяет неприемлемым импульсам проникать в сознание.

Суперэго

Суперэго вырастает из Эго, подобно тому как Эго вырастает из Ид. Узнавая от родителей, что многие импульсы нашего Ид неприемлемы, мы бессознательно принимаем родительские ценности. Мы идентифицируем себя с нашими родителями и оцениваем себя согласно их стандартам. Когда мы разделяем их ценности, то чувствуем себя хорошо; когда мы идем против них, то испытываем чувство вины. Одним словом, у нас формируется сознание.

Суперэго — согласно Фрейду, психологическая сила, ставящая во главу угла ценности и идеалы.

Согласно Фрейду, эти три части личности — Ид, Эго и Суперэго — часто конфликтуют

друг с другом. Здоровой является такая личность, у которой между тремя силами установились эффективные рабочие отношения, достигнут приемлемый компромисс. Если Ид, Эго и Суперэго находятся в состоянии острого конфликта, в поведении человека могут проявиться признаки дисфункции.

Следовательно, фрейдисты приняли бы Филипа Бермана за человека, чьи личностные силы находятся в плохих рабочих отношениях. Эго Эго и Суперэго неспособны контролировать импульсы Ид, которые побуждают его раз за разом вести себя в импульсивной, а часто и в опасной манере, отсюда и суицидальные действия, приступы ревности, увольнения с работы, вспышки гнева, частые возражения.

Стадии развития

Фрейд предположил, что на каждой стадии развития, с младенчества до зрелости, люди сталкиваются с новыми ситуациями и внешними воздействиями, которые требуют внесения корректировок в Ид, Эго и Суперэго человека. Если корректировки проведены успешно, они ведут к личностному росту. Если нет, у человека может произойти **фиксация**, или задержка, на одной из ранних стадий развития. В результате страдает все последующее развитие, и в будущем индивидум может легко столкнуться с проблемой аномального функционирования. Поскольку родители являются ключевыми фигурами окружения в ранние годы жизни, их часто считают основными виновниками неправильного развития ребенка.

<Значимость стадий развития. Фрейд считал, что приучение ребенка к горшку является важнейшим опытом развития. У детей, которых приучали к нему слишком суровыми методами, может произойти «фиксация» на анальной стадии и сформироваться «анальный характер», отличительными чертами которого являются упрямство, своеволие, скарденность и придирчивость.>

Фиксация — согласно Фрейду, ситуация, при которой Ид, Эго и Суперэго не получают должного развития и которая приводит к тому, что человек задерживается на одной из ранних стадий развития.

Фрейд присвоил каждой стадии развития наименование той части тела, которую он считал наиболее значимой для ребенка в этот период. К примеру, первые 18 месяцев жизни он назвал оральной стадией. На этом этапе дети опасаются, что мать, которая их кормит и утешает, исчезнет. У детей, чьи матери систематически не удовлетворяют их оральные потребности, может произойти фиксация на оральной стадии, и они на протяжении всей жизни будут демонстрировать «оральный характер», отличительными чертами которого являются крайняя зависимость и недоверчивость. Такие люди особенно предрасположены к депрессии. Как мы увидим в последующих главах, Фрейд связывал фиксацию на других стадиях развития — анальной (18 месяцев — 3 года), фаллической (от 3 до 5 лет), латентной (5-12 лет) и генитальной (от 12 лет до наступления зрелости) — и с другими видами психологической дисфункции.

Другие психодинамические объяснения.

Личные и профессиональные разногласия между Фрейдом и его коллегами привели в начале XX века к расколу Венского психоаналитического общества. Карл Юнг, Альфред Адлер и другие создали новые теории. Хотя между новыми теориями и идеями Фрейда имелись значимые отличия, каждая из них опиралась на его представление, что человеческое функционирование обусловлено динамическими (взаимодействующими) психологическими силами. Поэтому все эти теории, включая теорию самого Фрейда, называют психодинамическими.

<«Мне кажется, что Фрейд явился настоящим бедствием для психологии и что мы можем поучиться у него тому, как не следует поступать». — Ханс Дж. Айзенк, профессор и исследователь психотерапии>

Сегодня наибольшим влиянием обладают следующие три психодинамические теории: **эго-психология, селф-психология и теория объектных отношений**. Эго-психологи делают акцент на роли Эго, считая его более независимой и активной силой, чем полагал Фрейд. Селф-психологи, напротив, уделяют наибольшее внимание роли «я», совокупной личности, а не какой-то одной ее части. Они считают, что основной движущей силой человека является сохранение и упрочение целостности «я» (Lachmann & Beebe, 1995; Kramer & Akhtar, 1994; Kohut, 1977). Теория объектных отношений предполагает, что людьми движет главным образом потребность поддерживать отношения с окружающими и что серьезные проблемы в отношениях между детьми и теми, кто о них заботится, могут способствовать аномальному развитию и психологическим трудностям (Kernberg, 1977; Grotstein, 1996, 1995).

<Что мать, что дочь. Согласно Фрейду, во время фаллической стадии мальчики

испытывают притяжение к матери, а девочки — к отцу. Дети подавляют эти запретные импульсы и взамен идентифицируют себя с родителем своего пола, подражая ему во всем.>

Эго-психология — психодинамическая теория, которая делает акцент на роли Эго, считая его независимой силой.

Селф-психология — психодинамическая теория, которая делает акцент на роли «я» — совокупной личности человека.

Теория объектных отношений — психодинамическая теория, которая рассматривает желание поддерживать отношения как основную мотивационную силу в человеческих отношениях.

Психодинамические методы терапии

Психодинамические методы терапии начинаются с фрейдовского психоанализа и заканчиваются современными терапевтическими методами, основанными на селф-психологии или теории объектных отношений. Все они стремятся выявить прошлые травмы и внутренние конфликты, являющиеся их следствием. Все пытаются помочь людям разрешить, или урегулировать, эти конфликты и продолжить личностное развитие.

Согласно большинству психодинамических терапевтов, процесс достижения инсайта (озарения) нельзя подталкивать или навязывать. Терапевты должны искусно направлять беседы, так чтобы пациенты сами распознали свои скрытые проблемы. Чтобы помочь им этого добиться, терапевты опираются на такие приемы, как свободная ассоциация, интерпретация терапевта, катарсис и проработка (Kernberg, 1997).

Свободная ассоциация

В психодинамической терапии пациент отвечает за начало и ход каждой беседы. Терапевт просит человека описать любую мысль, чувство или образ, которые приходят на ум, даже если они кажутся маловажными. Этот процесс называют **свободной ассоциацией**. Терапевт ожидает, что ассоциации пациента в конце концов выявят неосознаваемые события и скрытую динамику. Обратите внимание, как свободная ассоциация помогает этой жительнице Нью-Йорка обнаружить угрожающие импульсы и внутренние конфликты:

Пациентка: Так я начала идти и идти и решила обойти музей и прогуляться по Центральному парку. Я шла и шла по поляне и испытывала сильный прилив возбуждения и восторга. Я увидела скамейку рядом с кустами и села на нее. За моей спиной раздался шорох, и я испугалась. Я подумала о мужчинах, прячущихся в кустах. Я подумала о сексуальных извращениях, которых, как я читала, можно встретить в Центральном парке. Я подумала, не обнажается ли кто-то за моей спиной. Мысль отвратительная, но при этом и возбуждающая. Я представила себя эрегированный пенис. Это имеет отношение к моему отцу. Что-то связанное с этим приходит мне на ум. Я не знаю, что это, оно как бы на границе моего сознания.
(Пауза)

Терапевт: Мм-гмм. (Пауза) На границе вашего сознания?

Пациентка: (Тяжело дышит и, по-видимому, испытывает сильное напряжение.) Маленькой девочкой я спала с моим отцом. Я испытываю необычное ощущение. Я испытываю необычное ощущение на своей коже, похожее на пощипывание. Это странное ощущение, напоминающее слепоту, как будто чего-то не можешь разглядеть. Мои мысли затуманиваются и расплываются по всему, на что я смотрю. Я испытывала это ощущение несколько раз после той прогулки в парке. Мой ум как будто отключается, и я теряю способность думать и воспринимать что-либо. (Wolberg, 1967, p. 662)

Свободная ассоциация — психодинамический прием, состоящий в том, что человек описывает любую мысль, чувство или образ, которые приходят на ум, даже если они кажутся маловажными.

Интерпретация терапевта

Терапевты психодинамического направления внимательно слушают, когда пациенты говорят, выискивая скрытые намеки, делая предварительные заключения и делаясь своими интерпретациями, когда им кажется, что человек готов их выслушать. Особенно важны интерпретации трех явлений — сопротивления, переноса и сновидений.

Люди проявляют сопротивление, когда они внезапно не могут сделать свободных ассоциаций или когда меняют тему, чтобы избежать неприятного обсуждения. Они прибегают к переносу, когда совершают по отношению к терапевту действия и

испытывают к нему чувства, которые они проявляли или проявляют по отношению к людям, занимающим важное место в их жизни, прежде всего к своим родителям, братьям и сестрам или супругам.

Соппротивление — защитный механизм, который блокирует свободные ассоциации человека или заставляет его сменить тему, чтобы избежать неприятного обсуждения.

Перенос — согласно психодинамическим теоретикам, процесс, при котором люди во время психотерапии ведут себя с терапевтами так, как они вели или ведут себя с людьми, занимающими важное место в их жизни.

Обратимся опять к женщине, которая гуляла в Центральном парке. Она продолжает говорить, а терапевт помогает ей исследовать ее перенос:

Пациентка: Меня так возбуждает все, что здесь происходит. Я думаю, меня сдерживает стремление казаться приятной. Иногда мне хочется дать себе волю, но я не осмеливаюсь это сделать.

Терапевт: Потому что опасаетесь моей реакции?

Пациентка: Хуже всего было бы, если бы я вам не понравилась. Вы не стали бы разговаривать со мной в дружеском тоне; не стали бы улыбаться; решили бы, что не можете меня вылечить и отпустили бы меня на все четыре стороны. Но я знаю, что это не так, я это знаю.

Терапевт: Откуда, по-вашему, идут эти установки?

Пациентка: Когда мне было 9 лет, я много читала о знаменитых исторических деятелях. Я цитировала их и разыгрывала сценки. Я хотела, чтобы у меня на боку был меч; я наряжалась индийцем. Мама ругала меня. Не гримасничай, не говори так много. Сиди смирно, слышала я снова и снова. Я вытворяла все, что только можно. Я была непослушным ребенком. Она говорила мне, что я себя покалечу. Когда мне было 14, я упала с лошади и сломала позвоночник. Я должна была лежать в постели. Мама говорила мне в тот день, когда я поехала верхом, не делать этого, что я покалечусь, так как земля мерзлая. Я была упрямым, своевольным ребенком. Я не послушалась ее и со мной произошел несчастный случай, который изменил мою жизнь, — я повредила позвоночник. Ее установка была такой: «Я же говорила тебе». Мне наложили гипс и я провела в постели долгие месяцы. (Wolberg, 1967, p. 662)

Наконец, многие теоретики психодинамического направления пытаются помочь людям интерпретировать их **сновидения**. Фрейд (1924) назвал сновидения «королевской дорогой и бессознательное». Он считал, что во время сна защитные механизмы функционируют менее эффективно и что сновидения, если их правильно интерпретировать, могут выявить неосознаваемые инстинкты, потребности и желания.

<«Мы все можем многое узнать о честности ученого и верности его своему делу, глядя на готовность Фрейда изучать собственные сновидения, переоценивать свои теории и продолжать исследования всю жизнь». — Джером Л. Сингер, профессор, исследователь эвристических способностей у детей (Chance et al., 1989)>

Фрейд идентифицировал два вида содержания сновидений, манифестное (явное) и латентное (скрытое). **Манифестное содержание** — это осознанно припоминаемое сновидение, **латентное содержание** — его символический смысл. Чтобы истолковать сновидение, терапевты должны перевести его манифестное содержание в латентное.

Сновидение — серия мыслей и образов, которые возникают во время сна и интерпретируются теоретиками психодинамического направления как подсказки, дающие ключ к бессознательному.

Манифестное содержание — осознанно припоминаемое содержание сновидения.

Латентное содержание — символический смысл, стоящий за содержанием сновидения.

Катарсис

Инсайт должен быть как эмоциональным, так и интеллектуальным процессом.

Терапевты психодинамического направления считают, что пациенты должны испытать **катарсис**, повторное переживание прошлых вытесненных чувств, если они хотят разрешить внутренние конфликты и устранить свои проблемы.

Катарсис — повторное переживание прошлых вытесненных чувств, с тем чтобы разрешить внутренние конфликты и устранить проблемы.

Проработка

Один сеанс интерпретации и катарсиса не изменит человека. Пациент и терапевт должны исследовать те же самые вопросы снова и снова в течение многих сеансов, все больше и больше проясняя их. Этот процесс, называемый **проработкой**, обычно занимает длительное время, часто годы.

Проработка — психодинамический процесс, заключающийся в многократном переживании конфликтов, различном истолковании чувств и устранении проблем пациента.

Краткосрочная психодинамическая терапия

В последние годы несколько терапевтов разработали метод краткосрочной психодинамической терапии (Sifneos, 1992, 1987; Davanloo, 1980). Они побуждают пациентов сосредоточиться на какой-то одной проблеме — динамическом фокусе (dynamic focus) — на раннем этапе терапии, например, на неспособности ладить с другими людьми. Терапевт помогает человеку придерживаться этой проблемы на протяжении всего лечения и работает только над теми психодинамическими вопросами, которые связаны с ней, например, над неудовлетворенными оральными потребностями. Проведено лишь ограниченное количество исследований, но они все же позволяют предположить, что эти более новые, краткосрочные психодинамические подходы иногда заметно помогают пациентам (Crits-Christoph, 1992; Messer et al., 1992).

Оценка психодинамической модели.

Фрейд и его последователи способствовали изменению взгляда на аномальное функционирование (Nietzel et al., 1994). Главным образом благодаря их трудам, огромное число современных теоретиков ищет ответы и объяснения за рамками биологических процессов. Кроме того, теоретики психодинамического направления помогли нам понять, что аномальное функционирование может уходить корнями в те же самые процессы, что и нормальное функционирование. Психологический конфликт — распространенное явление; он приводит к отклонениям в поведении только в том случае, если конфликт становится избыточным.

< **Фактор отца.** Поскольку во времена Фрейда матери брали на себя почти все заботы о младенцах, он указывал главным образом на материнское влияние при объяснении развития личности и психологических проблем. Сегодня многие отцы активно заботятся о своих маленьких детях, и теоретики психодинамического направления внесли в свои объяснения соответствующие коррективы.>

Фрейд и многие его последователи оказали также огромное влияние на методику лечения. Они были первыми, кто систематически использовал в лечении теорию и специальные приемы. Кроме того, они первыми продемонстрировали потенциал психологического лечения, в противовес биологическому, и их идеи послужили отправной точкой для многих других психологических методов лечения.

В то же время психодинамическая модель имеет свои недостатки. Формулировка и исследование ее понятий может оказаться нелегкой задачей (Nietzel et al., 1994; Erdelyi, 1992, 1985). Поскольку такие процессы, как влечения Ид, защитные механизмы Эго и фиксация носят абстрактный характер и предположительно происходят на бессознательном уровне, часто бывает невозможно определить, имеют ли они место. Поэтому неудивительно, что психодинамические объяснения и методы лечения получают ограниченное подтверждение в исследованиях, а теоретики и терапевты, придерживающиеся психодинамического направления, вынуждены полагаться в основном на изучение индивидуальных случаев (Teller & Dahl, 1995; Prochaska & Norcross, 1994).

Частично в ответ на эти проблемы, в последние несколько десятилетий получили признание другие модели. Тем не менее в настоящее время 11% теоретиков продолжают считать себя терапевтами фрейдистского направления (см. рис. 2.3), а 22% — современными психодинамическими терапевтами (Prochaska & Norcross, 1994). Интересно отметить, что многие практикующие врачи, придерживающиеся других моделей, сообщают, что когда они обращаются за помощью с собственными проблемами, то останавливают свой выбор на психодинамической терапии (Norcross & Prochaska, 1984).

Теоретическая ориентация	Процент психотерапевтов, %
Эклетическая	38
Современная психодинамическая	22
Фрейдистская психодинамическая	11
Семейные системы	7
Поведенческая	5

Экзистенциальная	5
Когнитивная	5
Другая	3
Клиент-центрированная	3
Гештальт	1

Рисунок 2.3. Теоретическая ориентация современных клиницистов. В одном опросе 818 психологов, консультантов, психиатров и социальных работников почти 40% респондентов назвали себя «эклектиками». (Prochaska & Norcross, 1994; Norcross et al., 1988; Norcross & Prochaska, 1986.)

Крупным планом

Быть может, видеть сны (Шекспир)

Все люди видят сны; видят их и собаки, а возможно, даже рыбы. Но какой цели служат сновидения? Некоторые утверждают, что сновидения открывают нам будущее; другие рассматривают их как путешествия по внутреннему миру или как альтернативные реальности. Греческий философ Платон считал сны отражениями внутренних волнений и неисполненных желаний. Как и Платон, Зигмунд Фрейд (1900) полагал, что сновидения — это механизм, посредством которого мы выражаем неудовлетворенные желания и пытаемся их осуществить. Его коллега Альфред Адлер считал, что сны служат тому, чтобы подготавливать нас к состоянию бодрствования, создавая для нас обстановку, в которой можно отрепетировать новые модели поведения, или предупреждая нас о внутренних проблемах, которые мы не осознавали (Kramer, 1992).

Биологические теоретики стоят на иной позиции, которая, однако, не является полностью несовместимой с вышеприведенной. В 1977 г. Дж. Аллан Хобсон и Роберт Мак-Карли (Hobson & McCarley) предложили модель активации-синтеза. Они заявили, что во время быстрого сна (стадия сна, характеризующаяся быстрым движением глаз) оживляются воспоминания посредством беспорядочных сигналов, идущих от различных участков мозга. Кора головного мозга, зона высшего когнитивного функционирования, пытается придать смысл этой беспорядочной бомбардировке электрическими импульсами. Результатом становится сновидение, часто иррациональное или причудливое, но являющееся наилучшей аппроксимацией, учитывая разнообразие сигналов, принимаемых корой (Begley, 1989). Хобсон позднее предположил, что на результирующее сновидение могут также влиять влечения, страхи и стремления спящего.

Через некоторое время невролог Джонатан Уинсон (Winson, 1990) измерил электрическую активность головного мозга спящих и бодрствующих животных и установил, что мозговые волны (электроэнцефалограмма) животных во время сновидений подобны волнам, регистрируемым у них, когда они заняты деятельностью, связанной с выживанием. Он заключил, что сновидения перерабатывают и переоценивают дневную деятельность, подготавливая животное к борьбе за жизнь, предстоящей ему на следующий день.

Опросы и исследования, посвященные содержанию человеческих снов, указывают на ряд интересных закономерностей. Две трети людей видят сны, содержащие неприятный материал, например, агрессию, угрозы, неприятие, замешательство или неспособность установить контакт (Van de Castle, 1993). Обычно спящего преследует или атакует какая-то угрожающая личность. Подобные сны, как часто считается, означают, что спящие убегают от внутренних страхов или вопросов, которые они не хотят рассматривать, или от какого-то известного им человека, которому они не верят. 80% студентов колледжей сообщают, что им снится, как они куда-то падают.

Подобные сны, как считается, имеют место, когда нашему чувству безопасности что-то угрожает или когда мы опасаемся утратить контроль над происходящим. Многие люди говорят, что сны, связанные с падением, — первые, которые они способны вспомнить, хотя человек может видеть их на любом этапе своей жизни (Van de Castle, 1993; Cartwright & Lamberg, 1992).

Другая часто встречающаяся тема — публичное обнажение. Распространенность таких снов, по-видимому, варьируется в разных обществах. В ходе одного исследования о том, что видят подобные сны, сообщили 43% опрошенных американцев студенческого возраста, в сравнении с 18% опрошенных японцев (Vieira, 1993). Фрейд (1900) рассматривал сны, связанные с обнажением, как неосознаваемое желание оголиться. Другие теоретики полагают, что люди, видящие такие сны, возможно, опасаются, что окружающие увидят их истинное лицо (Van de Castle, 1993).

Кроме того, сновидения разнятся в зависимости от половой принадлежности. В одном показательном исследовании Калвин Холл (Hall) установил, что мужчины видят сны о мужчинах в два раза чаще, чем сны о женщинах, тогда как женщины видят одинаковое количество снов о мужчинах и женщинах. Вдобавок, декорацией большинства мужских сновидений являлась улица, в то время как события в женских сновидениях чаще происходили внутри собственного дома или какого-то помещения. В сексуальных снах мужчин чаще фигурировали женщины, которых они не знали, тогда как женщины видели больше снов о мужчинах, к которым питали интерес наяву. В 1980 году Холл и его коллеги сравнили содержание снов мужчин и женщин студенческого возраста с данными, полученными в 1950 году, и не обнаружили заметных изменений (Van de Castle, 1993). Другие исследователи обнаруживают, что сны мужчин и женщин становятся более андрогинными, что события в сновидениях женщин теперь чаще, чем в прошлом, происходят на улице и что сейчас женщины агрессивно ведут себя в своих снах столь же часто, как и мужчины (Kramer, 1989).

Резюме

Сторонники психодинамической модели считают, что поведение человека, будь то нормальное или аномальное, обусловлено скрытыми психологическими силами. Они полагают, что психологические конфликты уходят корнями в ранние взаимоотношения между родителями и ребенком и травматические переживания. Психодинамические объяснения. Психодинамическая модель была впервые разработана Зигмундом Фрейдом, который предложил как общую теорию психоанализа, так и лечебный подход. Согласно Фрейду, три динамические силы — Ид, Эго и Суперэго — взаимодействуют и порождают мысли, чувства и действия. К другим психодинамическим теориям относятся эго-психология, селф-психология и теория объектных отношений. Психодинамические методы терапии. Терапевты, придерживающиеся психодинамического направления, помогают людям выявить прошлые травмы и проистекающие из них внутренние конфликты. Они используют ряд приемов, например, свободную ассоциацию и интерпретацию явлений, таких как сопротивление, перенос и сновидения.

Поведенческая модель.

Подобно теоретикам психодинамики, ученые, придерживающиеся поведенческой теории (бихевиористы), считают, что наши действия обусловлены главным образом нашим жизненным опытом. Однако поведенческая модель акцентирует внимание на поведении, реакциях организма на его окружение. **Поведение** может быть внешним (например, человек ходит на работу) или внутренним (возникновение чувства или мысли). С поведенческой точки зрения, люди — это общая сумма выученных поведений.

Поведение — реакции организма на его окружение.

Многие выученные поведенческие реакции помогают людям справляться с повседневными трудностями и вести счастливую, плодотворную жизнь. Однако и аномальное поведение также может быть усвоено. Бихевиористы, пытаясь объяснить проблемы Филипа Бермана, могли бы посчитать его человеком, получившим неправильное воспитание: он усвоил поведенческие реакции, которые причиняют боль другим людям, которые раз за разом работают против него.

В то время как психодинамическая модель возникла в результате клинической работы врачей, поведенческая модель зародилась в лабораториях, в которых психологи проводили эксперименты по **обусловливанию**, простым формам научения. Ученые манипулировали стимулами и вознаграждениями, а затем наблюдали, как их манипуляции отражаются на реакциях испытуемых.

Обусловливание — простая форма научения, при которой определенный стимул начинает вызывать определенную реакцию.

В 1950-е годы многие клиницисты разочаровались в психодинамической модели, считая ее распылчатой и медленно срабатывающей. Некоторые из них начали применять принципы обусловливания к исследованию и лечению психологических проблем (Wolpe, 1997, 1987). Их усилия привели к возникновению поведенческой модели патологии.

Поведенческие объяснения.

Существует несколько различных форм обусловливания, причем каждая может вызвать как аномальное, так и нормальное поведение. К примеру, при **оперантном обусловливании** люди и животные научаются вести себя в определенной манере, получая вознаграждения или удовлетворительные результаты всякий раз, когда они поступают таким образом. При **подражании** (моделировании) люди усваивают реакции, просто наблюдая за другими людьми и повторяя их действия.

Третья форма обусловливания, **классическое обусловливание**, предполагает научение посредством временной ассоциации. Когда два события раз за разом происходят через короткий промежуток времени, они сливаются воедино в сознании человека и вскоре он начинает реагировать на оба события одинаковым образом. Если одно событие продуцирует радостную реакцию, второе также вызовет радость; если одно событие приносит чувство облегчения, то же чувство вызовет и второе. Более подробное ознакомление с этой формой обусловливания показывает, как поведенческая модель может объяснить аномальное функционирование.

Оперантное обусловливание — процесс научения, при котором поведение, приносящее удовлетворительные последствия или вознаграждения, будет, скорее всего, повторено.

Подражание — процесс научения, при котором человек усваивает реакции, наблюдая за другими и копируя их.

Классическое обусловливание — процесс научения посредством временной ассоциации, при которой два события, которые раз за разом происходят через короткий промежуток времени, сливаются в сознании человека и вызывают одну и ту же реакцию.

Иван Павлов (1849-1936), русский физиолог, был первым, кто продемонстрировал классическое обусловливание в исследованиях животных. Ученый поместил перед собакой миску с повернутым мясом, вызвав естественный рефлекс, который бывает на мясо у всех собак: они начинают выделять слюну (см. рис. 2.4). Затем Павлов внес одно дополнение: непосредственно перед тем, как предъявить собаке повернутое мясо, он включал метроном. После нескольких таких сочетаний звука метронома и предъявления мяса Павлов заметил, что собака начинает выделять слюну, как только слышит метроном. Собака научилась выделять слюну в ответ на звук.

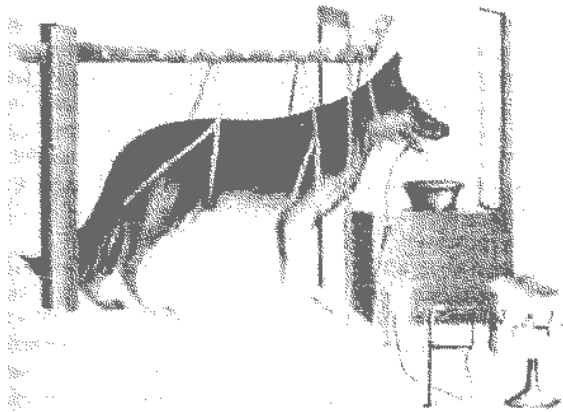


Рисунок 2.4. Опыт Павлова. В экспериментальном устройстве Ивана Павлова слюна, выделяемая собакой, собиралась в трубке, а ее количество регистрировалось на вращающемся цилиндре, называемом кимографом. Экспериментатор наблюдал за собакой через стеклянное окно, пропускавшее свет только в одном направлении.

<Смотри и делай. Подражание может стать причиной некоторых форм аномального поведения. Известное исследование, проведенное Альбертом Бандурой и его коллегами (Bandura et al., 1963), продемонстрировало, что дети научались плохо обращаться с куклой, наблюдая, как подававший пример взрослый наносил ей удары. Дети, которые не видели этих действий взрослого, не причиняли кукле вреда.>

В терминологии классического обусловливания мясо в этом демонстрационном эксперименте — это безусловный стимул (unconditioned stimulus, US). Он вызывает безусловный рефлекс (unconditioned response, UR) слюноотделения (т. е. естественный рефлекс, с которым собака родилась). Звук метронома — это условный стимул (conditional stimulus, CS), ранее нейтральный стимул, который в мозге собаки начинает ассоциироваться с мясом. Поэтому он также вызывает рефлекс слюноотделения. Когда рефлекс слюноотделения вызван условным стимулом, а не

безусловным, его называют условным рефлексом (conditioned response, CR).

До обусловливания

CS: Звук — Нет рефлекса

US: Мясо — UR: Слюноотделение

После обусловливания

CS: Звук — CR: Слюноотделение

US: Мясо — UR: Слюноотделение

Классическое обусловливание объясняет многие знакомые действия. Скажем, нежные чувства, которые молодой человек испытывает, когда чувствует запах духов своей подруги, могут представлять собой условный рефлекс. Сначала духи могли не оказывать на него никакого эмоционального воздействия, но поскольку этот аромат присутствовал во время нескольких любовных свиданий, он начал пробуждать условный рефлекс.

Аномальные виды поведения также могут быть усвоены посредством классического обусловливания. Представьте себе маленького мальчика, которого раз за разом пугает большая немецкая овчарка соседа. Всякий раз, когда мальчик проходит мимо сада перед домом соседа, собака громко лает и бросается в его сторону, останавливаемая только поводком, привязанным к крыльцу. В этой ситуации родители мальчика не удивятся, обнаружив, что он начал бояться собак. Однако они будут озадачены другим сильным страхом, появившимся у мальчика, — боязнью песка. Они не могут понять, почему ребенок плачет всякий раз, когда они берут его на пляж, и кричит от страха, если песок всего лишь попадает ему на кожу.

Что же явилось причиной этой боязни песка? Классическое обусловливание.

Выясняется, что в соседском саду стоит большая песочница, в которой играет собака.

Каждый раз, когда собака лает и бросается в сторону мальчика, он видит песочницу.

После многократных повторений такого сочетания ребенок начинает бояться песка не меньше, чем собаки.

Поведенческие методы терапии.

Поведенческая терапия призвана идентифицировать поведенческие реакции, которые являются причиной проблем пациента, а затем заменить их более приемлемыми, используя принципы классического обусловливания, оперантного обусловливания или подражания. Позиция терапевта по отношению к пациенту скорее напоминает установку учителя, чем врача. Ранняя жизнь человека значима лишь постольку, поскольку она может дать подсказки, касающиеся текущих процессов обусловливания.

Систематическая десенситизация — поведенческий метод лечения, при котором люди с фобиями учатся спокойно реагировать на объекты или ситуации, которые их пугают, вместо того чтобы испытывать перед ними сильный страх.

Например, лечение с помощью классического обусловливания может быть использовано с целью изменения аномальных реакций на какой-то стимул (Wolpe, 1997, 1987; Emmelkamp, 1994). Рассмотрим **систематическую десенситизацию**, лечебный метод, часто применяемый к людям с фобиями — конкретными и беспричинными страхами. В ходе этой пошаговой процедуры люди учатся спокойно реагировать на объекты или ситуации, которые их пугают, вместо того чтобы испытывать перед ними сильный страх (Wolpe, 1990, 1987, 1958). Сначала пациентов в течение нескольких сеансов учат навыку релаксации. Затем они конструируют иерархию страха — перечень пугающих объектов или ситуаций, начиная с менее страшных и кончая теми, которые вызывают наибольший ужас. Вот иерархия, выстроенная мужчиной, который боялся критики, особенно касающейся его умственных способностей:

1. Приятель на улице: «Привет, как жизнь?»

2. Приятель на улице: «Как самочувствие?»

3. Сестра: «Ты должен быть осторожным, иначе тебя положат в больницу».

4. Жена: «Тебе не следует пить пиво, когда ты принимаешь лекарства».

5. Мать: «Что случилось, ты себя хорошо чувствуешь?»

6. Жена: «Ты сам во всем виноват, ты вбил себе это в голову».

7. Работник станции техобслуживания: «От чего вы дрожите?»

8. Сосед одалживает грабли: «У вас что-то не в порядке с ногами? Ваши колени дрожат».

9. Приятели на работе: «У тебя нормальное давление?»

10. Работник станции техобслуживания: «Вы весь дрожите, может, вы не в себе или у вас что-то случилось?» (Marquis & Morgan, 1969, p. 28)

Далее терапевты, использующие десенситизацию, просят пациентов либо мысленно представить себе каждую ситуацию в иерархии, либо реально пережить ее, пока они находятся в состоянии релаксации. В ходе пошаговых сочетаний пугающих эпизодов и релаксации люди двигаются вверх по иерархической лестнице, пока наконец не научаются расслабляться во всех ситуациях. Как мы увидим в главе 4, исследования раз за разом показывают, что систематическая десенситизация и другие приемы классического обусловливания оказываются эффективными при лечении фобий (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994).

<Психологические заметки. Вот какие фобии встречались в популярных фильмах: страх змей — «Индиана Джонс» (Indiana Jones), болезни — «Ханна и ее сестры» (Hannah and Her Sisters), внешнего мира — «Подражатель» (Copycat), социальных ситуаций — «Энни Холл» (Annie Hall), полетов — «Человек дождя» (Rain Man), высоты — «Головокружение» (Vertigo), красного цвета — «Марни» (Marnie), замкнутого пространства — «Двойное тело» (Body Double).>

Оценка поведенческой модели.

Начиная с 1950-х гг. число поведенческих клиницистов устойчиво растет, и поведенческая модель стала влиятельной силой в клинической области. Были выдвинуты разнообразные поведенческие теории, разработано множество приемов лечения. Приблизительно 5% сегодняшних терапевтов сообщают, что их подход носит в основном поведенческий характер (Prohaska & Norcross, 1994).

Возможно, более всего привлекает в поведенческой модели то, что ее можно проверить в лаборатории, тогда как психодинамические теории, как правило, нельзя. Базовые понятия бихевиористов — стимул, реакцию и вознаграждение — можно наблюдать и измерять. Еще более важным является то, что результаты исследований в значительной мере подтверждают поведенческую модель (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994). Экспериментаторы успешно используют принципы обусловливания, вызывая клинические симптомы у испытуемых в лаборатории, а это позволяет предположить, что психологические расстройства могут возникать аналогичным образом. Вдобавок поведенческие методы лечения оказываются эффективными в клинической практике в случае конкретных страхов, слабых социальных навыков, умственной отсталости и других проблем (DeRubeis & Grits-Christoph, 1998; Emmelkamp, 1994). Их эффективность впечатляет еще больше, если учесть краткосрочность терапевтических методов и их низкую стоимость.

В то же время исследования выявляют и слабые стороны этой модели. Да, поведенческие исследователи вызывают конкретные симптомы у испытуемых. Но возникают ли обычно эти симптомы подобным образом? По-прежнему нет веских доказательств, что большинство людей с психическими расстройствами — жертвы неадекватного обусловливания. Улучшения, отмечаемые в кабинете терапевта, не всегда переносятся на реальную жизнь и не всегда сохраняются без дальнейшего лечения (Nietzel et al., 1994; Stokes & Osnes, 1989).

Наконец, некоторые критики считают, что поведенческий подход является слишком упрощенным, что его концептуальные понятия неспособны объяснить сложное человеческое поведение. В 1977 г. Альберт Бандура, который ранее определил подражание как ключевой процесс обусловливания, заявил, что, если люди хотят быть счастливыми и эффективно функционировать, то они должны развить в себе позитивное чувство **самоэффективности**. То есть понять, что могут овладеть необходимыми поведенческими реакциями и демонстрировать их всякий раз, когда это требуется. Другие бихевиористы 1960-х и 70-х годов также заметили, что людям присущи когнитивные поведенческие реакции, такие как предвидение или интерпретация — приемы мышления, которые во многом игнорировались в поведенческой теории и терапии. Эти специалисты создали когнитивно-поведенческие теории (cognitive-behavioral theories), которые уделяют повышенное внимание скрытым когнитивным и поведенческим реакциям (Meichenbaum, 1993; Goldiamond, 1965).

<Десенситизация. Джозеф Вольпе (J. Wolpe), психиатр, разработавший поведенческий метод лечения, названный систематической десенсибилизацией, сначала учит человека расслабляться, а затем помогает ему соприкоснуться с пугающими объектами или ситуациями, реальными или воображаемыми, пока человек остается в расслабленном состоянии.>

Самоэффективность — идея, что человек может овладеть необходимыми поведенческими реакциями и демонстрировать их всякий раз, когда это требуется. Когнитивно-поведенческие теоретики перебрасывают мостик между поведенческой и

когнитивной моделью, разработав подход, отчасти объединяющий эти принципы. С одной стороны, их объяснения строго следуют принципам научения. К примеру, эти теоретики считают, что когнитивным процессам научаются посредством классического обусловливания, оперантного обусловливания и подражания. С другой стороны, когнитивно-поведенческие теоретики разделяют точку зрения когнитивных теоретиков других школ, что способность мыслить является наиболее важным аспектом человеческого функционирования (Dougher, 1997; Wilson, Hayes & Gifford, 1997).

Сцены из современной жизни

Материнские инстинкты

В один из августовских дней 1996 г. 3-летний мальчик перелез через ограждение в Брукфилдском зоопарке в Иллинойсе и упал с высоты 24 фута на цементный пол вольера с гориллами. 8-летняя 160-фунтовая горилла по имени Бинти-Джуа подняла ребенка и начала покачивать его хрупкое тельце в своих руках. Мать ребенка, опасаясь самого худшего, закричала: «Горилла схватила моего мальчика». Но Бинти взяла маленького мальчика под свою защиту, как будто это был ее собственный ребенок. Она отогнала других горилл, нежно покачала его и отнесла ко входу в вольер, где уже ждали спасатели. Через несколько часов этот случай увидели в видеозаписи люди всего мира, и материнские инстинкты Бинти были оценены по достоинству.

Выяснилось, что когда сама Бинти находилась в младенческом возрасте, ее пришлось отобрать от ее матери Лулу, у которой было мало молока. Чтобы восполнить эту утрату, работники зоопарка круглые сутки заботились о Бинти, постоянно держа ее на руках. Когда Бинти забеременела в 6-летнем возрасте, дрессировщики опасались, что ранняя разлука с матерью могла обусловить плохую подготовку к воспитанию собственного ребенка. Поэтому они стали давать Бинти уроки материнства и учили ее нянчить и носить на руках тряпичную куклу.

<Вопросы для размышления. Что обусловило на удивление нежную и ласковую заботу гориллы о пострадавшем ребенке? Было ли это, как могли бы предположить теоретики объектных отношений, выражения привязанности и опеки, уже проявленных ею по отношению к собственной 17-месячной дочери? Были ли это наблюдения за действиями во время ее собственного младенчества людей, ставших для нее объектом подражания, как могли бы заявить бихевиористы? Или, возможно, все дело в обучении родительским обязанностям, которое она прошла в период своей беременности?>

Резюме

Бихевиористы сосредоточивают свой взгляд на поведенческих реакциях человека и говорят, что эти реакции вырабатываются в соответствии с принципами обусловливания.

Поведенческие объяснения. Бихевиористы считают, что поведение, как нормальное, так и аномальное, определяют три типа обусловливания — классическое обусловливание, оперантное обусловливание и подражание (моделирование).

Поведенческие методы терапии. Цель поведенческой терапии — идентифицировать проблемные поведенческие реакции человека и заменить их более приемлемыми.

Терапевты бихевиорального направления используют приемы, которые следуют принципам классического обусловливания, оперантного обусловливания, подражания или их сочетания. Например, при лечении фобий эффективен подход классического обусловливания, называемый систематической десенсилизацией.

Когнитивная модель.

Филип Берман, подобно всем нам, обладал когнитивными (познавательными) способностями — особыми интеллектуальными возможностями мыслить, помнить и предвидеть. Эти способности дают ему возможность добиться в жизни множества полезных результатов, но точно так же могут работать и против него. Когда Филип осмысляет свой опыт, у него могут возникнуть ложные идеи. Он может интерпретировать опыт в такой манере, которая приведет к ошибочным решениям, неадекватным реакциям и болезненным эмоциям.

<Обусловливание ради забавы и пользы дела. Хозяева домашних животных обнаружили, что могут научать своих любимцев самым разным трюкам, используя принципы обусловливания.>

В начале 1960-х годов клиницисты Алберт Эллис и Аарон Бек высказали предположение, что в основе поведения, мышления и эмоций лежат когнитивные (познавательные) процессы и что мы можем лучше всего понять аномальное функционирование, изучая познавательную способность — подход, известный как когнитивная модель. Эллис и Бек утверждали, что клиницисты должны задавать вопросы о том, какие допущения (посылки) и установки накладывают отпечаток на восприятие человека, какие мысли мелькают в его сознании и к каким заключениям они приводят. Другие теоретики и терапевты вскоре подхватили и развили их идеи и приемы.

Когнитивные объяснения.

Для когнитивных теоретиков мы все — художники. Мы воспроизводим и создаем в своем сознании собственные миры, когда пытаемся понять события, происходящие вокруг нас. Если мы — хорошие художники, то наши познавательные способности, как правило, точны (одобряемы другими людьми) и приносят пользу. Если мы — плохие художники, то можем создать когнитивный внутренний мир, который причиняет нам боль и вред.

Аномальное функционирование может являться следствием нескольких видов когнитивных проблем. К примеру, люди могут придерживаться допущений и установок (аттитюдов) относительно самих себя и их мира, которые причиняют беспокойство и не отличаются точностью (Ellis, 1997, 1962). Так, Филип Берман, видимо, часто допускал, что на свое нынешнее положение он обречен в силу собственного прошлого. Он считал, что стал жертвой своих родителей и что его прошлое всегда будет тяготеть над ним как злой рок. По-видимому, он подходил ко всем новым ситуациям и отношениям с ожиданием неудачи и несчастья.

<«Жизнь — это искусство делать убедительные заключения из неполных посылок». — Сэмюэл Батлер (1835-1902)>

Когнитивные теоретики также указывают на процессы нелогичного мышления как на возможную причину аномального функционирования. К примеру, Бек (Beck, 1993, 1991, 1967) обнаружил, что некоторые люди раз за разом мыслят в нелогичном ключе и делают выводы, причиняющие им вред. Как мы увидим в главе 6, он идентифицировал ряд процессов нелогичного мышления, наблюдаемых при депрессии, включая сверхобобщение (overgeneralization), или выведение общих негативных заключений на основании одного незначительного события. Одна депрессивная студентка на занятии по истории не смогла вспомнить годы третьего плавания Колумба в Америку. Сделав сверхобобщение, она провела остаток дня в состоянии отчаяния, переживая по поводу своего беспросветного невежества.

Когнитивные методы терапии.

Согласно когнитивным терапевтам, люди с психологическими расстройствами могут избавиться от своих проблем, освоив новые, более функциональные способы мышления. Поскольку различные формы аномалии могут быть связаны с различными видами когнитивной дисфункции, когнитивные терапевты разработали ряд приемов. Например, Бек (1997; 1996; 1967) разработал подход, названный просто **когнитивной терапией**, который широко используется в случаях депрессии.

Когнитивная терапия — разработанный Аароном Беком терапевтический подход, который помогает людям распознать и изменить свои ошибочные мыслительные процессы.

Терапевты помогают пациентам распознать негативные мысли, тенденциозные интерпретации и логические ошибки, которыми изобилует их мышление и которые, согласно Беку, вызывают у них депрессию. Терапевты также побуждают пациентов бросить вызов своим дисфункциональным мыслям, опробовать новые интерпретации и в конечном счете начать использовать в своей повседневной жизни новые способы мышления. Как мы увидим в главе 6, у людей с депрессией, которых лечили с помощью подхода Бека, отмечались намного более заметные улучшения, чем у тех, кто не лечился вообще (Hollon & Beck, 1994; Young, Beck & Weinberger, 1993). В нижеследующем отрывке когнитивный терапевт помогает депрессивной 26-летней студентке последнего курса увидеть связь между тем, как она интерпретирует свой опыт, и тем, какие чувства она испытывает, и усомниться в точности этих интерпретаций:

Терапевт: Как вы это понимаете?

Пациентка: Я впадаю в депрессию, когда у меня что-то не ладится. Например, когда я проваливаюсь на экзамене.

Терапевт: Каким образом провал на экзамене может вызвать у вас депрессию?

Пациентка: Ну, если я провалюсь, то никогда не поступлю в последипломную школу права.

Терапевт: То есть провал на экзамене значит для вас очень много. Но если бы провал на экзамене мог вызывать у людей клиническую депрессию, у всех ли провалившихся на экзамене, по-вашему, возникла бы депрессия?. Все ли из тех, кто проваливается, впадают в такое угнетенное состояние, что им требуется лечение?

Пациентка: Нет, это зависит от того, насколько важен этот экзамен для человека.

Терапевт: Правильно, и кто решает, насколько он важен?

Пациентка: Я.

Терапевт: Итак, мы должны исследовать ваше отношение к экзамену (или то, что вы думаете об экзамене) и как оно влияет на ваши шансы поступить в школу права. Вы согласны?

Пациентка: Согласна...

Терапевт: Так что означал провал?

Пациентка: (Плача) Что я не смогу поступить в школу права.

Терапевт: И что это означает для вас?

Пациентка: Что я недостаточно умна.

Терапевт: Что-нибудь еще?

Пациентка: Что я никогда не смогу быть счастливой.

Терапевт: И какие чувства вызывают у вас эти мысли?

Пациентка: Я чувствую себя очень несчастной.

Терапевт: То есть вас делает очень несчастной значимость провала на экзамене. В сущности, предположение, что вы никогда не сможете быть счастливой, является важным фактором, делающим человека несчастным. Таким образом, вы загоняете себя в ловушку — согласно определению, неспособность поступить в школу права равна «я никогда не смогу быть счастливой. (Beck et al., 1979, p. 145-146)

Оценка когнитивной модели.

Когнитивная модель получила очень широкое признание. В дополнение к бихевиористам, которые теперь включают когнитивные понятия в свои теории научения, огромное множество клиницистов полагают, что процессы мышления представляют собой намного большее, чем обусловленные реакции. Когнитивные теории, исследования и методы лечения развиваются в столь многих интересных направлениях, что эта модель теперь рассматривается как независимая от поведенческой школы, которая дала ей жизнь.

Приблизительно 5% современных терапевтов идентифицируют свой подход как когнитивный (Prochaska & Norcross, 1994). Этот общий процент в действительности отражает раскол в клиническом обществе. Когнитивную терапию преимущественно используют 10% психологов и других консультантов, в сравнении со всего лишь 1% психиатров и 4% социальных работников (Prochaska & Norcross, 1994; Norcross, Prochaska & Farber, 1993). Вдобавок, опросы показывают, что число специалистов, использующих когнитивные подходы, растет.

Имеется несколько причин, объясняющих популярность этой модели. Во-первых, в центре ее внимания находится самый уникальный из человеческих процессов — человеческое мышление. Подобно тому как наши специфические когнитивные способности обуславливают столь многие достижения человека, они могут также нести ответственность за специфические проблемы, обнаруживаемые в человеческом функционировании. Именно поэтому модель, которая рассматривает мышление в качестве основной причины нормального и аномального поведения, притягивает к себе многих теоретиков, получивших самую разную подготовку.

Когнитивные теории являются также объектом многочисленных исследований.

Ученые установили, что для многих людей с психологическими расстройствами действительно характерны ущербные допущения, мысли или мыслительные процессы (Whisman & McGarvey, 1995; Gustafson, 1992).

Еще одна причина популярности когнитивной модели заключается во впечатляющих успехах когнитивных методов терапии. Например, они оказались очень эффективными при лечении депрессии, панического расстройства и сексуальных дисфункций (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Holion & Beck, 1994; Carey et al, 1993).

Тем не менее когнитивная модель также имеет свои недостатки (Beck, 1997, 1991; Meichenbaum, 1997, 1992). Во-первых, хотя когнитивные процессы явно участвуют во многих формах патологии, их конкретную роль еще предстоит определить.

Познавательные способности, наблюдаемые у психологически проблемных людей, вполне могут быть скорее следствием, чем причиной их трудностей.

Во-вторых, хотя когнитивные методы терапии определенно помогают многим людям, они неспособны помочь всем. Результаты исследований начинают указывать на ограниченную эффективность этих подходов. Достаточно ли изменения когнитивных характеристик в случаях психологической дисфункции? Могут ли подобные частные изменения мышления внести общие и долговременные поправки в то, как человек мыслит и себя ведет?

<Пионер в клинической сфере. Аарон Бек предположил, что многие формы аномального поведения могут быть вызваны когнитивными факторами, такими как беспокойные мысли и нелогичное мышление.>

Наконец, подобно другим моделям, когнитивная отличается определенной узостью. Хотя познавательная способность представляет собой специфическую человеческую особенность, она — лишь одна из составляющих человеческого функционирования. Не являются ли люди чем-то большим, чем сумма их изменчивых мыслей, эмоций и поведенческих реакций? Не следует ли при объяснении человеческого функционирования учитывать более широкие вопросы, например, то, как люди смотрят на жизнь, что они получают от нее и как они решают вопрос смысла жизни? В этом заключается позиция экзистенциально-гуманистического подхода.

Резюме

Когнитивная модель утверждает: чтобы понять человеческое поведение, необходимо понять человеческое мышление.

Когнитивные объяснения. Когда люди демонстрируют аномальные паттерны функционирования, когнитивные теоретики указывают на когнитивные проблемы, такие как неадекватные допущения и процессы нелогичного мышления.

Когнитивные методы терапии. Когнитивные терапевты пытаются помочь людям распознать и изменить свои ошибочные идеи и мыслительные процессы. Среди наиболее широко применяемых когнитивных методов лечения — когнитивная терапия Бека.

Экзистенциально-гуманистическая опытная модель.

Филип Берман — это нечто большее, чем психологические конфликты, выученные поведенческие реакции и познавательные способности. Будучи человеком, он также обладает способностью рассматривать философские вопросы, такие как самосознание, ценности, смысл и выбор, и делать их частью своей жизни. Согласно гуманистическим и экзистенциальным теоретикам, проблемы Филипа можно понять только в свете подобных сложных вопросов. Гуманистических и экзистенциальных теоретиков обычно включают в одну группу — в подход, называемый экзистенциально-гуманистической моделью (humanistic-existential model) — из-за присущего им внимания к этим более широким аспектам человеческого существования. В то же время между ними имеются важные различия.

Гуманистические психологи считают, что люди обладают врожденной тенденцией к дружбе, сотрудничеству и созиданию. Люди, заявляют эти теоретики, стремятся к **самоактуализации** — реализации этого потенциала добра и роста. Однако они могут этого добиться, только если наряду со своими достоинствами честно признают и примут свои недостатки и определяют удовлетворительные личностные ценности, на которые следует ориентироваться в жизни.

Самоактуализация — гуманистический процесс, в котором люди реализуют свой потенциал добра и роста.

Экзистенциально-ориентированные психологи соглашались, что люди должны иметь точное представление о самих себе и жить содержательной «аутентичной» жизнью, с тем чтобы быть психологически хорошо адаптированными. Однако их теории не предполагают, что люди от природы склонны жить в позитивном ключе. Эти теоретики считают, что мы от рождения обладаем полной свободой: либо открыто посмотреть на свое существование и придать смысл своей жизни, либо уклониться от этой ответственности. Те, кто предпочитают «прятаться» от ответственности и выбора, станут смотреть на себя как на беспомощных и слабых, в результате чего их жизнь может стать пустой, неаутентичной и привести к появлению тех или иных симптомов.

<«Самое трудное в жизни — выбор» — Джордж Мур. «Изогнутая ветвь»>

И гуманистический и экзистенциальный взгляд на патологию восходят к 1940-м годам. В это время Карл Роджерс (1902-1987), часто рассматриваемый как пионер

гуманистического направления, разработал клиент-центрированный метод терапии, принимающий клиента и обеспечивающий поддержку подход, который резко контрастировал с психодинамическими приемами того времени. Он также выдвинул теорию личности, которая не придавала большого значения иррациональным инстинктам и конфликтам.

<Самоактуализация. Гуманисты полагают, что самоактуализированные люди, подобные этому волонтеру в больнице, проявляют заботу о благополучии человечества. Считается также, что подобные люди имеют высокий творческий потенциал, непосредственны, независимы и обладают чувством юмора.> Экзистенциальный взгляд на личность и патологию возник в тот же самый период. Многие из его принципов опираются на идеи европейских философов-экзистенциалистов XIX века, которые считали, что люди постоянно определяют свое существование посредством своих действий, и таким образом придают ему смысл. В конце 1950-х годов Мэй, Эйнджел и Элленбергер выпустили в свет книгу под названием Existence, в которой были описаны несколько основных экзистенциальных идей и лечебных подходов, что помогло привлечь внимание к этому направлению (May, Angel & Ellenberger, 1958).

Гуманистические и экзистенциальные теории были крайне популярны в 1960-х и 70-х годах, времени интенсивных духовных поисков и социального переворота в западном обществе. Затем они несколько утратили свою популярность, но продолжают влиять на идеи и работу многих клиницистов.

Гуманистическая теория и терапия Роджерса.

Согласно Карлу Роджерсу (Rogers, 1987, 1961, 1951), путь к дисфункции начинается в младенчестве. У всех нас есть базовая потребность в позитивном отношении со стороны людей, занимающих важное место в нашей жизни (прежде всего со стороны родителей). У тех, к кому на раннем этапе жизни проявляют безусловное (нерассудочное) позитивное отношение (unconditional positive regard), скорее выработается безусловное позитивное отношение к себе (unconditional self-regard). То есть эти люди будут сознавать свою ценность как личностей, даже понимая, что они несовершенны. Такой человек имеет хорошие предпосылки для актуализации своего позитивного потенциала.

К сожалению, некоторых детей раз за разом заставляют ощущать, что они не заслуживают позитивного отношения. В результате они усваивают требования признания заслуг (conditions of worth), стандарты, которые говорят им, что они заслуживают любви и одобрения, только когда соответствуют определенным правилам. Чтобы сохранить позитивное отношение к себе, эти люди должны смотреть на себя очень избирательно, отрицая или искажая мысли и поступки, которые не выдерживают их требований признания заслуг. Тем самым они усваивают искаженный взгляд на себя и свой опыт.

Постоянный самообман делает невозможным для этих людей самоактуализацию. Они не знают, что они на самом деле чувствуют, что им по-настоящему нужно или какие ценности и цели были бы для них значимыми. Более того, они тратят так много энергии, пытаясь отстоять образ самих себя, что на самоактуализацию ее остается совсем мало, после чего неизбежны проблемы в функционировании.

Роджерс мог бы увидеть в Филипе Бермане человека, который сбился с пути. Вместо того чтобы пытаться реализовать свой позитивный человеческий потенциал, Филип плывет по течению — от одной работы к другой, от одних отношений к другим, от одной гневной вспышки к другой. В каждой интеракции он защищает себя, пытается интерпретировать события в привычном для себя ключе, обычно виня в своих проблемах других людей. Однако его постоянные попытки защитить и возвеличить себя оказываются успешными лишь частично. Его базовый негативный образ самого себя постоянно прорывается наружу. Вероятно, Роджерс связал бы эту проблему с придрчивостью, которую проявляла по отношению к Филипу его мать в детстве.

<Психологические заметки. Некоторые терапевты считают музыкальную терапию формой гуманистического лечения, благодаря способности музыки вдохновлять людей, вызывать ранее недоступные эмоции, интуитивные прозрения, воспоминания и даже пробуждать духовные чувства. Целительная сила музыки известна с глубокой древности; в греческой мифологии бог Аполлон был одновременно покровителем музыки и медицины (Kahn & Fawcett, 1993).>

Клиницисты, которые практикуют **клиент-центрированную терапию** Роджерса, пытаются создать атмосферу поддержки. Они хотят, чтобы люди посмотрели на себя честно и приняли себя такими, какие они есть (Raskin & Rogers, 1995; Rogers, 1987,

1967, 1951). Терапевт должен демонстрировать три важных качества на протяжении всей терапии: безусловное позитивное отношение к клиенту, внимательную эмпатию (сопереживание) и искренность.

Клиент-центрированная терапия — разработанный Карлом Роджерсом метод гуманистической терапии, в котором клиницисты пытаются помочь клиентам, принимая их такими, какие они есть, внимательно сопереживая им и проявляя искренность.

Терапевты проявляют безусловное позитивное отношение, предлагая полный и теплый прием, что бы клиенты ни говорили, думали или чувствовали. Терапевты проявляют внимательную эмпатию, внимательно слушая, что клиенты говорят, и прочувствованно повторяют их слова без какой-либо интерпретации или корректировки. Наконец, терапевты должны проявлять искренность. Если в словах терапевтов нет честности и искренности, клиенты могут воспринять их как механические и фальшивые. В нижеследующем диалоге терапевт использует все три качества, помогая клиенту лучше понять себя:

Клиентка: Да, я знаю, что не должна беспокоиться об этом, но продолжаю это делать. О множестве вещей — деньгах, людях, одежде. Мне кажется, все только и ждут случая, чтобы наброситься на меня... Когда я встречаю кого-то, мне хочется знать, что он на самом деле сейчас думает обо мне. А позже меня занимает вопрос, насколько я соответствую тому, что он обо мне подумал.

Терапевт: Вам кажется, что вы очень восприимчивы к мнению других людей.

Клиентка: Да, но эти вещи не должны меня беспокоить.

Терапевт: Вам кажется, что это те вещи, которые не должны вызывать беспокойство, но они все же заставляют вас довольно сильно волноваться.

Клиентка: Лишь некоторые из них. Большинство этих вещей беспокоят меня, потому что они реальны. Те, о которых я вам сообщила. Но есть множество вещей, которые не реальны... Похоже, вещи просто накапливаются, накапливаются внутри меня... Такое ощущение, что они теснят друг друга и вот-вот взорвутся.

Терапевт: Вы ощущаете это как своего рода гнетущее давление с определенной долей фрустрации и чувствуете, что вещи неуправляемы.

Клиентка: В некотором роде, но некоторые вещи кажутся просто нелогичными. Боюсь, я не очень ясно выражаюсь, но это то, что мне приходит на ум.

Терапевт: Хорошо. Вы говорите то, что думаете. (Snyder, 1947, p. 21-24)

В подобной атмосфере люди чувствуют себя принятыми своим терапевтом. Возможно, затем они смогут честно посмотреть на себя и принять себя — процесс, называемый *проживанием*. То есть они начинают ценить собственные эмоции, мысли и поведенческие реакции, и потому избавляются от чувства незащищенности и сомнений.

В исследованиях клиент-центрированная терапия показала себя не с самой лучшей стороны. Хотя по некоторым данным (Greenberg et al., 1994; Stuhr & Meyer, 1991) у людей, подвергавшихся этой терапии, по-видимому, все-таки отмечались более заметные улучшения, чем у контрольных испытуемых, во многих других исследованиях (Dircks et al., 1980; Rudolph et al., 1980) подобного преимущества не выявлялось.

Тем не менее терапия Роджерса оказала позитивное влияние на клиническую практику. Она стала одной из первых серьезных альтернатив психодинамической терапии и открыла дорогу для новых подходов. Роджерс также помог сделать доступной практику психотерапии для психологов; ранее она считалась областью ведения психиатров. А его преданность клиническим исследованиям прояснила важность систематических исследований лечения (Rogers & Sanford, 1989; Sanford, 1989; 1987). Приблизительно 3% современных терапевтов сообщают, что они используют клиент-центрированный подход (Prochaska & Norcross, 1994).

Сцены из современной жизни

Вера и психическое здоровье

Долгое время многие клинические теоретики и практики рассматривали религию как фактор, негативно сказывающийся на психическом здоровье (Clay, 1996; Neeleman & Persaud, 1995). Они полагали, что люди с твердыми религиозными убеждениями более суеверны, иррациональны, склонны винить себя и неустойчивы более, чем остальные, а также менее способны преодолевать трудности. Однако в последнее время все больше исследований показывают, что эти взгляды ошибочны. Религиозная вера и психическое здоровье часто бывают тесно связаны (Koenig et al, 1998).

В ряде исследований изучалось психическое здоровье людей, считающих Бога

теплым, заботливым, готовым помочь и надежным (Clay, 1996). Раз за разом выясняется, что эти люди менее одиноки, подавлены или тревожны, чем люди, считающие, что Бог холоден и безответен, или те, кто не придерживается каких-либо религиозных убеждений. Кроме того, они, по-видимому, лучше переносят сильные жизненные стрессы, начиная с болезни и кончая войной, а кроме того, реже употребляют наркотики.

<Вопросы для размышления. Почему позитивные религиозные убеждения могут быть связаны с психическим здоровьем? Почему многие клиницисты столь долгое время относились к религиозным убеждениям с глубоким подозрением? Все ли модели патологии одинаково относятся к религии или среди них есть такие, которым свойственно скорее негативное отношение к ней?>

Гештальт-теория и терапия.

Гештальт-терапия, еще один гуманистический подход, была разработана в 1950-х годах харизматическим клиницистом Фредериком (Фрицем) Перлсом (1893-1970). Гештальт-терапевты, подобно клиент-центрированным терапевтам, побуждают людей признать и принять себя (Nietzel et al., 1994; Yontef & Simkin, 1989). Но в отличие от клиент-центрированных терапевтов, они часто пытаются достичь этой цели ставя клиентов в трудное положение и даже фрустрируя их. Их приемы призваны также ускорить терапевтический процесс. Среди любимых приемов Перлса были искусственная фрустрация, ролевая игра и многочисленные эксперименты, правила и упражнения.

Гештальт-терапия — разработанный Фрицем Перлсом метод гуманистической терапии, в котором клиницисты активно побуждают людей признать и принять себя, используя такие приемы, как ролевая игра и искусственная фрустрация.

Прием *искусственной фрустрации* состоит в том, что гештальт-терапевты отказываются удовлетворить ожидания или требования своих клиентов. Такое использование фрустрации призвано помочь людям увидеть, насколько часто они пытаются путем манипуляции заставить других удовлетворить их потребности. Прием *ролевой игры* заключается в том, что терапевты обучают клиентов проигрыванию различных ролей. Человека могут попросить стать другим человеком, объектом, альтер-эго (двойником) или даже частью тела (Polster, 1992). Когда людей призывают полностью выразить свои эмоции, то ролевая игра может стать довольно бурной. Многие клиенты кричат, визжат, пинают стулья или стучат кулаками. Благодаря такому опыту они могут «сделать своими» (принять) чувства, которые ранее были им неизвестны.

Перлс также разработал набор *правил*, заставляющих клиентов посмотреть на себя более внимательно. Например, в некоторых вариантах гештальт-терапии от людей могут потребовать использовать в своей речи «я» вместо «это». Они должны говорить: «Я испуган», а не «Эта ситуация пугает». Еще одно распространенное правило требует, чтобы люди оставались в «здесь и сейчас». Они имеют потребности сейчас, они скрывают свои потребности сейчас и должны увидеть их именно сейчас. Называет себя гештальт-терапевтами приблизительно 1% клиницистов (Prochaska & Norcross, 1994). Поскольку они считают, что личностный опыт и самосознание не поддаются объективным замерам, гештальт-подход редко становится объектом контролируемого исследования (Greenberg et al., 1994).

<Приемы гештальт-терапии. Гештальт-терапевты могут побуждать людей выражать свои потребности и чувства с максимальной интенсивностью посредством ролевой игры, ударом руки по подушке и путем выполнения других упражнений. В гештальт-терапевтической группе ее участники могут помогать друг другу «установить контакт» со своими потребностями и чувствами.>

Экзистенциальные теории и терапия.

Подобно гуманистическим психологам, представители экзистенциального направления считают, что причиной психологической дисфункции является самообман; но экзистенциалисты говорят о таком виде самообмана, в котором люди уклоняются от жизненных обязанностей и неспособны признать, что именно они должны наполнить смыслом свою жизнь. Согласно экзистенциалистам, многие люди испытывают на себе сильное давление со стороны современного общества и потому ждут от других совета и руководства. Они забывают о своей личной свободе выбора и избегают ответственности за свою жизнь и решения (May & Yalom, 1995, 1989; May, 1987, 1961). Такие люди обречены на пустую, неаутентичную жизнь. Их доминирующими эмоциями являются тревога, фрустрация, отчужденность и депрессия.

<Отказ от желания ощущать себя жертвой. Делая акцент на потребности принять ответственность, признать свой выбор и жить содержательной жизнью, экзистенциальные терапевты побуждают своих клиентов отказаться от желания ощущать себя жертвой. (Calvin & Hobbes, 1993 Watterson)>

Экзистенциалисты могли бы увидеть в Филипе Бермане человека, чувствующего на себе избыточное давление со стороны сил общества. Он считает своих родителей «богатыми, влиятельными и эгоистичными» и видит в своих преподавателях, знакомых и работодателях источник насилия и гнета. Он неспособен оценить свой жизненный выбор и свою способность находить смысл и определять направление. Уход становится у него привычкой — он оставляет одно место работы за другим, кладет конец всем любовным отношениям, бежит от трудных ситуаций и даже совершает суицидальную попытку.

В **экзистенциальной терапии** людей побуждают взять на себя ответственность за свою жизнь и свои проблемы. Им помогают осознать свою свободу, с тем чтобы они могли выбрать иной курс и наполнить свою жизнь большим смыслом и ценностями (May & Yalom, 1995, 1989).

Экзистенциальная терапия — терапия, которая побуждает людей взять на себя ответственность за свою жизнь и наполнить ее большим смыслом и ценностями.

Как правило, экзистенциальных терапевтов волнуют больше цели терапии, чем использование конкретных приемов; методы сильно варьируются от клинициста к клиницисту (Johnson, 1997; May & Yalom, 1995, 1989). В то же время большинство уделяют особое внимание *отношению* между терапевтом и клиентом и пытаются создать атмосферу, в которой оба могут быть откровенными, продуктивно работать вместе, учиться и расти (Frankl, 1975, 1963).

Пациент: Я не знаю, зачем я продолжаю сюда приходить. Все, что я делаю, — это говорю вам одно и то же снова и снова. Я этим ничего не добиваюсь.

Врач: Я тоже устал выслушивать одно и то же снова и снова.

Пациент: Может быть, мне перестать ходить.

Врач: Вам решать.

Пациент: Что, по-вашему, мне следует сделать?

Врач: А что вы хотите сделать?

Пациент: Я хочу выздороветь.

Врач: Прекрасно.

Пациент: Если вы полагаете, что мне следует остаться, о'кей, я останусь.

Врач: Вы хотите, чтобы я велел вам остаться?

Пациент: Вам лучше знать; вы — врач.

Врач: Я похож на врача? (Keen, 1970, p. 200)

Экзистенциальные терапевты не считают, что экспериментальными методами можно адекватно проверить эффективность их лечения (May & Yalom, 1995, 1989). На их взгляд, исследование, которое низводит индивидуумов до тестовых оценок или показателей на какой-нибудь шкале, только обезчеловечивает их. Поэтому неудивительно, что эффективности этого подхода посвящается очень немного контролируемых исследований (Prochaska & Norcross, 1994). Как бы то ни было, 5% сегодняшних терапевтов используют подход, являющийся в основном экзистенциальным (Prochaska & Norcross, 1994).

Оценка экзистенциально-гуманистической модели.

Экзистенциально-гуманистическая модель притягивает к себе многих людей как в клинической сфере, так и вне ее. Признавая специфические трудности человеческого существования, гуманистические и экзистенциальные теоретики затрагивают аспект психологической жизни, о котором обычно забывают ученые, придерживающиеся других моделей (Fuller, 1982). Кроме того, факторы, которые, по их словам, крайне важны для эффективного функционирования — принятие себя, личностные ценности, личностный смысл и личностный выбор, — явно отсутствуют у многих людей с психологическими нарушениями.

<Вопросы для размышления. Многие теоретики озабочены растущей в нашем обществе тенденцией людей «быть жертвами» — тенденцией изображать многие нежелательные поведенческие реакции в качестве неизбежных или неконтролируемых последствий плохого обращения в детстве или социального стресса. Каковы могут быть некоторые из опасностей слишком частого использования ярлыка «жертва»?>

Притягателен также оптимистический тон экзистенциально-гуманистической модели. Теоретики, следующие этим принципам, дарят людям надежду, когда доказывают,

что, несмотря на зачастую огромное давление со стороны современного общества, мы можем делать собственный выбор, определять свою судьбу и многого добиваться. Еще одна привлекательная особенность этой модели — ее упор на здоровье (Cowan, 1991). В отличие от клиницистов, использующих некоторые другие модели, которые смотрят на индивидуумов как на пациентов с психологическими болезнями, гуманисты и экзистенциалисты видят в них просто людей, чей потенциал еще должен быть реализован. Более того, они считают, что больше, чем какой-либо фактор прошлого, на поведение может влиять врожденная доброта людей и их потенциал, а также готовность принять на себя ответственность.

В то же время гуманистическо-экзистенциальный акцент на абстрактные моменты человеческой самореализации способствует возникновению серьезной проблемы: эти моменты с трудом поддаются исследованию. Фактически, за ярким исключением Роджерса, который потратил годы на изучение своих клинических методов, гуманисты и экзистенциалисты, как правило, отвергают исследовательские подходы, которые в настоящее время доминируют в науке. Они отстаивают достоинства своих взглядов, указывая в основном на логику, самонаблюдение и индивидуальные истории болезни.

Резюме

Последователи экзистенциально-гуманистической модели фокусируют внимание на человеческой способности посмотреть в лицо трудным философским вопросам, таким как самосознание, ценности, смысл и выбор, и сделать их частью своей жизни.

Гуманистически-ориентированные психологи считают, что люди испытывают тягу к самоактуализации. Когда этой тяге что-то мешает, следствием может стать аномальное поведение. Одна из групп гуманистических терапевтов, клиент-центрированные терапевты, пытается создать атмосферу весомой поддержки, в которой люди могут посмотреть на себя честно и приемлемо, открывая тем самым дверь для самоактуализации. Другая группа, гештальт-терапевты, пытаются помочь человеку признать и принять свои потребности с помощью более активных приемов. Согласно экзистенциально-ориентированным психологам, аномальное поведение — это результат того, что человек уклоняется от жизненных обязанностей.

Экзистенциальные терапевты побуждают людей принять на себя ответственность за собственную жизнь, осознать, что они свободны выбрать иной курс, и наполнить свою жизнь большим смыслом.

Социокультурная модель.

Филип Берман также и социальное существо. Он окружен людьми и институтами, он — член семьи и общества, он — участник социальных и профессиональных отношений. Тем самым Филип постоянно подвергается воздействию социальных сил, устанавливающих правила и имеющих ожидания, которые направляют и временами тяготят его, влияя на его поведение, мысли и эмоции не меньше, чем любой внутренний механизм.

Согласно *социокультурной модели*, аномальное поведение можно лучше всего понять в свете социальных и культурных сил, которые влияют на индивидуума (Kleinman & Cohen, 1997; НАМНС, 1996). Каковы общественные нормы? Какие роли человек играет в социальном окружении? С каким видом семейной структуры человек связан? И как другие люди смотрят и реагируют на него? Эта модель заимствует понятия и принципы из двух областей: **социологии**, науки о человеческих отношениях и социальных группах, и **антропологии**, науки о человеческих обществах и институтах.

Социология — наука о человеческих отношениях и социальных группах.

Антропология — наука о человеческих обществах и институтах.

Социокультурные объяснения.

Поскольку поведение формируется посредством социальных сил, говорят социокультурные теоретики, мы должны изучить более широкий социальный контекст, если хотим понять аномальное поведение. Их объяснения концентрируются вокруг *семейной структуры и коммуникации, социальных сетей, общественных условий и общественных ярлыков и ролей.*

Семейная структура и коммуникация

Согласно **теории семейных систем**, семья — это система взаимодействующих частей, членов семьи, которые связаны друг с другом устойчивыми отношениями и

руководствуются правилами, уникальными для каждой системы (Rolland & Walsh, 1994; Nichols, 1992). Теоретики семейных систем считают, что паттерны структуры и коммуникации некоторых семей фактически вынуждают индивидуальных членов вести себя в манере, которую в иных случаях можно признать аномальной. Если бы члены семьи вели себя нормально, они бы вызвали сильное напряжение в семейных правилах и обычном образе действий и фактически увеличили бы смятение внутри себя и семьи. Реакции со стороны других членов семьи были бы направлены против подобного «нормального» поведения.

Теория семейных систем — теория, которая рассматривает семью как систему взаимодействующих частей и полагает, что члены семьи взаимодействуют в устойчивой манере и руководствуются негласными правилами.

Теория семейных систем утверждает, что некоторые семейные системы особенно предрасположены к аномальному функционированию отдельных членов семьи (Becvar & Becvar, 1993; Nichols, 1992, 1984). К примеру, некоторые семьи имеют *связанную (enmeshed)* структуру, в которой их членов отличает повышенная общность действий, мыслей и чувств. Дети из семей такого типа могут сталкиваться с большими трудностями, когда обретают независимость в жизни. Некоторым семьям свойственна *разобщенность*, характеризующаяся очень строгими границами между их членами. Детям из таких семей может быть трудно функционировать в группе, а также оказывать помощь или просить о ней.

Гнев и импульсивный личностный стиль Филипа Бермана можно рассматривать как продукт нарушенной семейной структуры. Согласно теоретикам семейных систем, вся семья — мать, отец, Филип и его брат Арнольд — связаны между собой так, что их отношения влияют на поведение Филипа. Семейных теоретиков мог бы особо заинтересовать конфликт между матерью и отцом Филипа и неэффективность их функционирования в родительских ролях. Они могли бы увидеть в поведении Филипа реакцию на поведение его родителей. Поскольку Филип исполнял роль непослушного ребенка, или козла отпущения, его родители не испытывали потребности анализировать собственные проблемы.

Теоретики семейных систем также попытались бы уточнить характер отношений Филипа с каждым из родителей. «Связан» ли он со своей матерью и/или «разобщен» с отцом? Они бы поинтересовались правилами, регламентирующими отношения между братьями, отношениями между родителями и братом Филипа, а также характером отношений родитель — ребенок в предыдущих поколениях семьи.

<Вопросы для размышления. Что имел в виду Толстой под нижеследующими словами? Согласились бы с ним теоретики семейных систем? Почему на людей столь сильно влияет то, как функционирует их семья?>

<«Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему». — Лев Толстой. «Анна Каренина»>

Социальные сети и поддержка

Социокультурных теоретиков интересуют также более широкие социальные сети, в которых люди действуют, включая их социальные и профессиональные отношения. Насколько хорошо они контактируют с другими людьми? Какого вида сигналы они посылают окружающим или получают от них?

<Дисфункциональная семья. Люди из дисфункциональных семей часто испытывают на себе особое давление и, вдобавок, могут быть побуждаемы вести себя и думать в манере, которая является личностно неадекватной. Этот 8-летний ребенок вынужден был вызвать полицию, когда увидел, как его отец набросился на мать с ножом. Гнев, фрустрация и эмоциональная боль этого ребенка очевидны.>

Исследователи часто обнаруживают связи между социальными сетями и аномальным функционированием. К примеру, они заметили, что люди, изолированные и лишенные в жизни социальной поддержки или близости, чаще впадают в депрессию, когда оказываются в стрессовых условиях, и депрессия у них длится дольше, чем у людей, у которых есть готовые помочь супруги или люди, поддерживающие с ними теплые дружеские отношения (Husaini, 1997; Sherbourne, Hays & Wells, 1995; Paykel & Cooper, 1992).

Общественные условия

Широкий спектр общественных условий может стать источником специфических стрессов и повысить вероятность аномального функционирования среди некоторых членов общества (Kleiman & Cohen, 1997). Например, исследователи установили, что психологические аномалии, особенно тяжелые психические расстройства, шире распространены в более низких социоэкономических классах (NAMHC, 1996;

Dohrenwend et al., 1992). Возможно, эту связь объясняют особые трудности жизни низших классов (Adler et al., 1994). То есть более высокий уровень преступности, безработица, тесные жилищные условия и даже бездомность, пониженное качество медицинской помощи и ограниченные образовательные возможности жизни низших классов могут оказывать сильное давление на членов этих групп (Zima et al., 1996; Ensminger, 1995). С другой стороны, возможно, что люди, страдающие тяжелыми психическими нарушениями, менее эффективны на работе и зарабатывают меньше денег и, как следствие, *опускаются* в более низкий социоэкономический класс. Социокультурные исследователи заметили, что расовые и гендерные предрассудки и дискриминация могут также способствовать некоторым формам аномального функционирования (NAMHC, 1996). Женщинам в западном обществе диагноз тревожного и депрессивного расстройств ставят по меньшей мере в два раза чаще, чем мужчинам (Culbertson et al., 1997). Аналогичным образом, среди афроамериканцев отмечается необычно высокий уровень тревожных расстройств (Blazer et al., 1991; Eaton, Dryman & Weissman, 1991). Среди испано-американцев, особенно среди молодых людей, наблюдается более высокий уровень алкоголизма, чем среди членов большинства других этнических групп (Helzer, Burnman & McEvoy, 1991). А для американских индейцев характерен исключительно высокий уровень алкоголизма и самоубийств (Kinzie et al., 1992). Хотя эти различия могут быть вызваны комбинацией многих факторов, расовые и сексуальные предрассудки и те проблемы, которые они порождают, скорее всего, напрямую способствуют аномальным паттернам напряжения, несчастья, низкой самооценки и ухода от жизни (NAMHC, 1996; Sue, 1991).

Общественные ярлыки и роли

Социокультурные теоретики считают, что на аномальное функционирование оказывают сильное влияние диагностические ярлыки, навешиваемые на неблагополучных людей, и роли, отводимые им (Szasz, 1997, 1987, 1963; NAMHC, 1996). Когда люди нарушают нормы своего общества, общество называет их девиантами (людьми с отклонениями), а во многих случаях — «психически больными». Такие ярлыки имеют тенденцию прилипать к людям. На человека могут смотреть под определенным углом зрения, реагировать как на «помешанного» и иногда его даже побуждают вести себя так, как должен вести себя больной. Человек постепенно научается принимать и исполнять отведенную роль, функционируя в аномальной манере. В итоге получается, что ярлык себя оправдал.

Известный эксперимент, проведенный клиническим исследователем Дейвидом Розенханом (Rosenhan, 1973), подтверждает эту точку зрения. Восемь здоровых людей обратились в различные психиатрические клиники с жалобами на то, что они слышат голоса, произносящие слова «пустой», «полый» и «тупой». На основании одной лишь этой жалобы каждому поставили диагноз «шизофрения» и поместили в больницу. Как и предсказывает социокультурная модель, «псевдопациенты» столкнулись с большими трудностями, убеждая других, что они здоровы, стоило только получить диагностический ярлык. Госпитализация длилась от 7 до 52 дней, несмотря на то, что после помещения в больницу они вели себя вполне нормально. Кроме того, ярлык продолжал влиять на то, как на псевдопациентов смотрел и как с ними обращался персонал. Например, один из них, который от скуки ходил взад и вперед по коридору, в клинических записях был охарактеризован как «нервный». Наконец, псевдопациенты сообщили, что реакции на них со стороны персонала и других пациентов часто были авторитарными, ограниченными и приводили к обратным результатам. В целом, псевдопациенты чувствовали, что они бессильны что-либо сделать, что их не замечают, и мучались от скуки.

Социокультурные методы терапии.

Как мы видели, люди часто проходят *индивидуальную терапию (individual therapy)*, встречаясь с терапевтом один на один. Социокультурные теоретики способствуют также развитию других возможностей получения терапии. Терапевты могут лечить человека вместе с другими людьми, имеющими схожие проблемы, как в случае *групповой терапии*; вместе с членами семьи, при *семейной* и *супружеской терапии*; или встретиться с ним в его естественном окружении, при *терапии средой*.

Терапевты любой ориентации могут работать с индивидуумами в этих широких форматах, используя приемы и принципы предпочитаемых ими моделей. В таких случаях терапия не является «чисто» социокультурной. Однако все больше и больше клиницистов, применяющих эти варианты лечения, считают, что психологические проблемы возникают в социальном окружении и что их лучше всего лечить в таком

окружении. Эти клиницисты склоняются к социокультурной позиции, и многие разработали специальные социокультурные приемы с целью их использования в групповом, семейном, супружеском и общественном методах лечения.

<Дисфункциональное общество. Сохраняющееся в обществе насилие может сделать некоторых людей бесчувственными и внести путаницу в их сознание. Этот ребенок, по-видимому, едва замечает горящий взорванный грузовик за своей спиной во время поездки на велосипеде по одному из североирландских городов.>

Групповая терапия

Тысячи терапевтов специализируются в **групповой терапии**, а огромное множество других ведут терапевтические группы в качестве части своей практики. Например, проведенный среди клинических психологов опрос показал, что почти треть из них выделяет определенную долю своей практики для групповой терапии (Norcross et al., 1993).

Групповая терапия — терапевтический метод, в котором группа людей со схожими проблемами вместе встречается с терапевтом, чтобы разрешить свои трудности.

Как правило, члены терапевтической группы встречаются сообщая с терапевтом и обсуждают проблемы одного или нескольких ее членов. Члены группы могут делать для себя важные открытия, формировать социальные навыки, повышать свою самооценку, устанавливать отношения с другими членами, получать полезную информацию или советы (Vinogradov & Yalom, 1994; Yalom, 1985). Группы часто создаются с расчетом на определенный контингент клиентов; например, существуют группы для алкоголиков, для людей с физическими недостатками и для тех, кто разведен, с кем жестоко обращаются или кто потерял близкого человека (Bednar & Kaul, 1994; DeAngelis, 1992). Исследования демонстрируют, что групповая терапия помогает многим людям — часто не меньше, чем индивидуальная терапия (Bednar & Kaul, 1994; Vinogradov & Yalom, 1994). Групповой формат также используют для целей, скорее образовательных, чем терапевтических, таких как «расширение сознания» и духовная инспирация.

Методом, близким к групповой терапии, является **группа самопомощи** (или **группа взаимопомощи**). В ней люди с аналогичными проблемами (потеря близких, болезнь, безработица, развод) собираются вместе, чтобы помочь и оказать поддержку друг другу без непосредственного руководства профессионального клинициста (Fehre & White, 1996). В последние два десятилетия такие группы стали очень популярными. Сегодня в одних США насчитывается около 500 тыс. групп самопомощи, посещаемых 15 млн. людей. Как правило, в этих группах даются более непосредственные советы, чем в случае групповой терапии, и происходит больший обмен информацией и «обратными связями» (Silverman, 1992).

Группа самопомощи — группа, состоящая из людей со схожими проблемами, которые помогают и оказывают друг другу поддержку без непосредственного руководства клинициста. Другое название — группа взаимопомощи.

<Движение самопомощи. Тысячи групп самопомощи по всему миру помогают людям справиться с самыми разными проблемами. Эти члены группы поддержки больных СПИДом выполняют групповое упражнение.>

<Вопросы для размышления. В последние годы растет интерес к группам самопомощи. Каковы могут быть преимущества и недостатки этих групп в сравнении с профессиональным лечением?>

Группы самопомощи популярны по нескольким причинам. Некоторые из членов ищут недорогие и интересные альтернативы традиционному лечению; другие просто разуверились в способности клиницистов устранить их проблемы (Silverman, 1992). Кто-то еще испытывает меньший страх перед группами самопомощи, чем перед терапевтическими группами. Распространение этих групп может также быть связано с упадком в западном обществе семейной жизни и других традиционных источников эмоциональной поддержки (Bloch, Crouch & Reibstein, 1982).

Семейная терапия

В 1950-х гг. несколько клиницистов разработали **семейную терапию** — метод, предлагающий терапевтам встречаться со всеми членами семьи, указывая им на проблемное поведение и интеракции и помогая всей семье измениться (Minuchin, 1997, 1993, 1992; Bowen, 1960). В данном случае вся семья рассматривается как единица, подвергающаяся лечению, даже если клинический диагноз ставится только одному из ее членов. Вот типичная интеракция между членами семьи и терапевтом: *Томми сидел неподвижно в кресле и смотрел в окно. Ему было 14, но он выглядел чуть младше своих лет... Сисси было 11. Она расположилась на диване между мамой и*

папой с улыбкой на лице. Напротив них сидела мисс Фарго, семейный терапевт. Мисс Фарго сказала: «Не могли бы вы высказаться более конкретно об изменениях, которые вы заметили в Томми, и о том, когда они появились?»

Миссис Дейвис ответила первой. «Ну, мне кажется это случилось два года назад. Томми начал принимать участие в школьных драках. Когда мы поговорили с ним дома, он сказал, что это не наше дело. Он стал своенравным и непокорным. Он не желал делать ничего из того, о чем мы его просили. Он начал вести себя грубо со своей сестрой и даже бить ее».

«А что можно сказать о драках в школе?» — спросила мисс Фарго.

На этот раз первым заговорил мистер Дейвис. «Они больше беспокоили Джинни, чем меня. В прошлом я часто дрался в школе, и считаю это нормальным... Но я с большим почтением относился к своим родителям, особенно к отцу. Если я позволял себе выйти за определенные рамки, он хорошенько шлепал меня».

«Приходилось ли вам хоть раз бить Томми?» — осторожно спросила мисс Фарго.

«Конечно, пару раз, но это, похоже, не принесло никакой пользы».

Внезапно Томми проявил интерес к разговору, его взгляд остановился на отце. «Да, он постоянно бьет меня, без всякой причины!»

«Все правильно, Томас». На лице миссис Дейвис появилось строгое выражение. «Если бы ты вел себя немного лучше, тебя бы никто не трогал. Мисс Фарго, я не могу сказать, что мне нравятся эти наказания, но иногда я понимаю, как все это может досажать Бобу».

«Ты не представляешь, насколько мне это досажает, дорогая». Боб выглядел расстроенным. «Тебе не приходится работать весь день в офисе, а затем возвращаться домой, чтобы терпеть все это. Иногда мне даже не хочется приходить домой».

Джинни сурово посмотрела на него. «Ты считаешь, что быть дома весь день так легко. Ты считаешь, что твоя обязанность — зарабатывать деньги, а все остальное должна делать я. Я больше не намерена так жить...»

Миссис Дейвис начала плакать. «Я просто не знаю, что дальше делать. Ситуация выглядит просто безнадежной. Почему люди в этой семье не могут больше жить по-хорошему? Разве я прошу слишком многого?»

Мисс Фарго сказала задумчиво: «У меня такое чувство, что люди в этой семье хотели бы, чтобы произошли какие-то изменения. Боб, я могу понять, насколько огорчительно должно быть это для вас выкладываться на работе и не иметь возможности расслабиться, возвращаясь домой. А ваша работа, Джинни, тоже не проста. Вам приходится многое делать дома, а Боба нет рядом, чтобы помочь, так как он должен зарабатывать на жизнь. И вы, дети, похоже, также хотели, чтобы кое-что изменилось. Тебе, Томми, должно быть, неприятно слышать так много нелестных слов в последнее время. Я думаю, что и Сисси теперь мало что радует дома».

Она быстро посмотрела на каждого, удостоверившись, что произошел контакт глаз.

«Похоже, все очень запутано... Я думаю, что нам потребуется разобраться во множестве вещей, чтобы понять, почему все это происходит». (Sheras & Worchel, 1979, p. 108-110)

<Психологические заметки. Согласно опросам, почти две трети взрослых полагают, что супружеским парам с маленькими детьми нельзя так легко давать развод, как это происходит сейчас (Kirn, 1997).>

Семейные терапевты могут придерживаться любой из основных моделей, но все большее и большее их число берет на вооружение социокультурные принципы теории семейных систем. Среди сегодняшних терапевтов 7% считают себя главным образом *системными семейными терапевтами (family systems therapists)* (Prochaska & Norcross, 1994).

Семейная терапия — терапевтический метод, в котором терапевт встречается со всеми членами семьи и помогает им измениться посредством терапевтических приемов.

Как мы замечали ранее, теория семейных систем утверждает, что каждой семье присущи свои собственные правила, структура и коммуникационные паттерны, которые влияют на индивидуальных членов. В одном из подходов семейной терапии — *структурной семейной терапии (structural family therapy)*, терапевты пытаются изменить структуру семейной власти, роли, которые играют члены семьи, и альянсы, возникающие между членами (Minuchin, 1997, 1987, 1974). В другом подходе, *интегративной семейной терапии (conjoint family therapy)*, терапевты стараются помочь членам семьи увидеть и изменить ущербные паттерны коммуникации (Satir, 1987, 1967, 1964).

Исследования показывают, что семейные терапевты различных направлений могут оказать большую помощь некоторым людям и разрешить определенные проблемы. В исследованиях установлено, что в целом улучшения отмечаются у 50-65% семей, подвергаемых такому лечению, в сравнении с 35% для контрольных семей (Gurman et al., 1986; Todd & Stanton, 1983). Участие отца, по-видимому, значительно увеличивает шансы добиться успешного результата.

Крупным планом

Культурно-обусловленная патология

«Красный Медведь сидит с обезумевшим взглядом, его тело покрыто потом, каждый мускул напряжен. Ужасы кошмарного сна по-прежнему не отпускают, его душит страх. Борясь с приступами тошноты, он смотрит на свою молодую жену, спящую в дальнем углу вигвама, освещенного дгорающими углями.

Его неприятности начались несколько дней назад, когда он вернулся из охотничьей экспедиции с пустыми руками. Стыдясь своей неудачи, он стал жертвой глубокой, затяжной депрессии. Другие жители деревни, заметив перемену в Красном Медведе, нервно наблюдали за ним, опасаясь, что его начал околдовывать виндиго. Красный Медведь был также испуган. Все признаки виндиго были налицо: депрессия, отсутствие аппетита, тошнота, бессонница, а теперь еще и сновидения. Ошибки быть не могло.

Ему приснился виндиго — монстр с ледяным сердцем, — и этот сон утвердил его приговор. Сердце Красного Медведя охватил холод. Ледяной монстр проник в его тело и овладел им. Он сам стал виндиго, и теперь он не мог сделать ничего, чтобы изменить свою судьбу.

Вдруг облик спящей жены Красного Медведя начинает меняться. Перед его взором уже не женщина, а олень. Глаза охотника сверкают. Молча он вытаскивает свой нож из-под одеяла и начинает двигаться украдкой в сторону неподвижной фигуры. С уголков его рта капает слюна, а внутренности скручивает страшный голод. Его охватывает неукротимое желание съесть сырую плоть.

Когда тело «оленья» оказывается у его ног, Красный Медведь высоко поднимает нож, готовясь нанести удар. Неожиданно, олень просыпается, вскрикивает и уклоняется в сторону. Но нож, сверкая, опускается вниз, снова и снова. Опоздавшие соплеменники Красного Медведя врываются в вигвам. С криками возмущения и ужаса они вытаскивают его наружу в холодную ночь и не раздумывая убивают.» (Lindholm & Lindholm, 1981, p. 52)

Красный Медведь страдал *виндиго (windigo)*, расстройством, когда-то распространенным среди охотников индейского племени алгонкинов, которые верили в сверхъестественного монстра, поедающего людей, а также способного околдовать их и превратить в каннибалов. Подобно Красному Медведю, некоторые пораженные этим недугом охотники действительно убивали и пожирали своих домочадцев.

Виндиго — одно из необычных психических расстройств, обнаруживаемых по всему миру; каждое является уникальным для определенной культуры, каждое, очевидно, уходит корнями в определенные условия, историю, традиции и идеи культуры (Lindholm & Lindholm, 1981; Kiev, 1972; Lehmann, 1967; Yap, 1951). Последователи социокультурной модели считают расстройства, подобные виндиго, свидетельством того, что общественные системы часто способствуют возникновению аномального поведения у их членов.

Вот ряд других известных на сегодняшний день экзотических расстройств:

— *Сусто (susto)*, расстройство, обнаруживаемое среди представителей индейских племен Центральной и Южной Америки и обитателей Андских высокогорий Перу, Боливии и Колумбии, наиболее часто поражает младенцев и маленьких детей.

Симптомами являются крайняя тревожность, возбудимость и депрессия, наряду с потерей веса, слабостью и учащенным сердцебиением. Согласно местной традиции, это расстройство вызывается контактом со сверхъестественными существами или с наводящими страх незнакомцами или же дурным запахом, идущим с кладбищ и других якобы опасных мест. Лечат его втиранием в кожу определенных снадобий, приготовляемых из растений и животных.

— *Амок (amok)*, расстройство, встречающееся в Малайзии, на Филиппинах, на Яве и в некоторых частях Африки, наиболее часто поражает взрослых мужчин и женщин. Страдающие им неистово скачут, громко кричат, хватают оружие, например ножи, и нападают на любого человека и объект, который попадается им навстречу. Местная традиция считает, что причиной амока является стресс, недосыпание, злоупотребление алкоголем и сильная жара.

— *Коро (koro)* — тревожное расстройство, обнаруживаемое в Юго-Восточной Азии, при котором мужчина внезапно начинает очень бояться того, что его пенис втянется в брюшную полость и что за этим последует смерть. По местным поверьям, это расстройство вызвано нарушением равновесия «инь» и «ян», двух природных сил, которые, как считается, являются основными компонентами жизни. Общепринятые формы лечения состоят в том, чтобы заставить человека крепко удерживать пенис, пока не пройдет страх, часто с помощью членов семьи или друзей, и в закреплении пениса в специальном деревянном футляре.

— *Латах (latah)* — расстройство, встречающееся в Малайзии, обычно среди необразованных женщин средних лет или пожилого возраста. Определенные обстоятельства (например, когда человек слышит, как кто-то произносит слово «змея», или когда его щекочут) вызывает сильный страх, характеризующийся повторением слов и жестов других людей, употреблением непристойных слов и совершением действий, противоположных тому, что человека просят сделать.

Супружеская терапия

В **супружеской терапии**, или **терапии пар**, терапевт работает с двумя людьми, состоящими в долговременных отношениях. Часто это муж и жена, но необязательно, чтобы партнеры были женаты или даже жили вместе. Подобно семейной терапии, супружеская терапия зачастую фокусирует внимание на структуре и коммуникационных паттернах в отношениях (Baucom et al., 1998; Epstein, Baucom & Rankin, 1993).

Супружеская терапия (терапия пар) (couple therapy) — терапевтический метод, в котором терапевт работает с двумя людьми, состоящими в долговременных отношениях.

Хотя определенная доля конфликта присутствует в любых долговременных отношениях, многие взрослые люди в нашем обществе сталкиваются с серьезным разладом супружеской жизни (Bradbury & Karney, 1993; Markman & Hahlweg, 1993) (см. рис. 2.5). Сейчас в Канаде, США и Европе распадаются почти 50% браков (NCHS, 1995; Inglehart, 1990; Doherty & Jacobson, 1982). Многие пары, живущие вместе, не вступая в брак, очевидно, имеют аналогичный уровень проблем (Greeley, 1991).

Установки	Процент людей с определенными установками, касающимися внебрачных отношений, %
Всегда порочны	76
Вредны, т. к. аморальны	50
Вредны, т. к. могут причинить боль или разрушить семью	25
Вредны из-за угрозы СПИДа	17
Всегда вредят браку	70
Предосудительны, даже если супруг(а) не знает	82
Предосудительны, даже если супруг(а) не придает им значения	76
Супруг, имеющий внебрачные отношения, может быть хорошим мужем (женой)	47
Супруг, имеющий внебрачные отношения, может быть хорошим родителем	69
Сегодня внебрачные отношения распространены шире, чем 50 лет назад	51

Рисунок 2.5. Установки, касающиеся внебрачных отношений. Выявление внебрачных отношений часто вызывает необходимость в проведении парной терапии. Опросы показывают, что во внебрачные отношения вступают 21-35% женатых мужчин и 11-26% замужних женщин (National Opinion Research Center, 1994; Janus & Janus, 1993). Тем не менее, большинство людей негативно относятся к таким отношениям, считая их вредными, — установка, остающаяся устойчивой на протяжении по меньшей мере 25 лет. (Princeton Research Associates, 1996.)

Супружеская терапия, подобно семейной и групповой терапии, может следовать принципам любой из основных терапевтических ориентации (Baucom et al., 1998;

Livingston, 1995). *Поведенческая супружеская терапия (behavioral couple therapy)*, к примеру, использует многие приемы поведенческой школы (Cordova & Jacobson, 1993; Jacobson, 1989). Терапевты помогают партнерам увидеть и изменить проблемное поведение, главным образом прививая им конкретные навыки коммуникации и решения проблем. При более широком социокультурном варианте, называемом *интегративной поведенческой супружеской терапией (integrative behavioral couple therapy)*, партнерам помогают также принять то поведение, которое они не могут изменить, и воспринимать отношения в целом (Cordova & Jacobson, 1993). Партнеров просят рассматривать подобное поведение как закономерный результат базовых трудностей, существующих между ними.

Пары, подвергающиеся супружеской терапии, по-видимому, демонстрируют больший прогресс в своих отношениях, чем пары с аналогичными проблемами, не получающие лечения; при этом ни одну из форм супружеской терапии нельзя считать превосходящей остальные (Baucorn et al., 1998; Bray & Jouriles, 1995). В то же время только около половины пар, подвергающихся супружеской терапии, к окончанию ее становятся «счастливыми в браке». И, согласно ряду исследований, у 38% пар, успешно прошедших курс лечения, через 2-4 года после терапии могут возникнуть прежние трудности (Snyder, Wills & Grady-Fletcher, 1991). Наилучших результатов достигают обычно пары более молодые, хорошо адаптирующиеся и менее скованные в своих гендерных ролях. Парный подход может также использоваться, когда психологические проблемы ребенка связаны с трудностями, существующими между родителями (Faubert & Long, 1992).

<Психологические заметки. Сейчас ежегодно разводятся 46 из каждых 10 тыс. жителей США, что в два раза больше, чем полвека назад. 26% сегодняшних семей возглавляет одинокий родитель, в сравнении с 2% 50-летней давности (Stacey, 1996; NCHS, 1995).>

Общинный метод лечения

Следуя социокультурным принципам, программы **поддержания психического здоровья сообщества (community mental health treatment)** работают с людьми из ближайших районов и семейного окружения, оказывая им помощь в выздоровлении. В 1963 году президент Кеннеди выступил в поддержку «качественно нового подхода» к лечению психических расстройств — общинного подхода, который позволил бы большинству людей с психологическими проблемами пользоваться услугами близлежащих учреждений. Вскоре после этого Конгресс утвердил Закон о психическом здоровье сообщества (Community Mental Health Act), дав старт всеамериканскому движению за психическое здоровье сообщества.

Ключевой принцип «общинного» метода лечения — **профилактика** (Lamb, 1994). В данном случае клиницисты идут навстречу людям, а не ждут, когда те обратятся за помощью. Исследования показывают, что профилактические усилия часто оказываются весьма успешными (Heller, 1996; Munoz, Mrazek & Haggerty, 1996).

Поддержание психического здоровья сообщества — лечебный подход, делающий упор на заботу о людях с психологическими трудностями, проявляющуюся в их ближайшем окружении.

Профилактика — ключевая особенность программ психического здоровья сообщества, заключающаяся в предупреждении психических расстройств или снижении их числа.

Работники, проводящие патронаж, могут прибегать к трем видам профилактики: *первичной, вторичной и третичной*. *Первичная профилактика* сводится к усилиям по совершенствованию общественных установок. Ее цель — предупредить психические расстройства в целом (Burnette, 1996; Martin, 1996). Работники патронажа могут лоббировать в органах власти более качественные программы отдыха или ухода за детьми, совещаться с местным школьным советом при разработке учебного плана или проводить с населением занятия по предупреждению стресса.

<Психическое здоровье сообщества. Операторы специальной экстренной службы в Нью-Йорке принимают звонки от жертв жестокого обращения или от их родственников и соседей и приводят в действие региональные программы, помогающие жертвам и предупреждающие дальнейшее насилие.>

Вторичная профилактика заключается в выявлении и лечении психических расстройств на ранних стадиях, до того как они примут серьезный характер. Социальные работники могут работать со школьными педагогами, священниками или полицией, помогая им распознавать ранние признаки психологической дисфункции, и учить их тому, как помочь людям обратиться за помощью (Newman et al., 1996; Zax &

Cowen, 1976, 1969).

Социальные работники, занимающиеся *третичной профилактикой*, стараются помешать превращению умеренно тяжелых или тяжелых расстройств в долговременные проблемы путем обеспечения эффективного лечения, как только в нем возникает необходимость. Современные общинные учреждения успешно оказывают третичную помощь миллионам людей с психологическими проблемами умеренной тяжести, но часто неспособны предоставить услуги, в которых нуждаются сотни тысяч людей с тяжелыми нарушениями.

Почему же подход, ставящий целью поддержание психического здоровья сообщества, не может помочь множеству людей с тяжелыми нарушениями? Одна из основных причин — недостаток средств. В 1981 году, когда в наличии были только 750 региональных центров психического здоровья из запланированных 2000, почти все федеральные финансирование было прекращено и заменено меньшими денежными дотациями штатов (Humphreys & Rappaport, 1993). Продолжится ли нет эта тенденция в XXI веке, зависит от того, какой будет реформа здравоохранения (Kiesler, 1992) и как штаты потратят сотни миллионов долларов, которые будут сэкономлены после закрытия крупных больниц (Torrey, 1997).

Оценка социокультурной модели.

Социокультурная модель многое добавила к пониманию и лечению аномального функционирования. Сегодня большинство клиницистов принимают во внимание семейные, социальные и общественные вопросы — факторы, которые не учитывались еще 30 лет назад (Tamplin, Goodyer & Herbert, 1998; NAMHC, 1996). Вдобавок, клиницисты узнали больше о влиянии клинических и общественных ярлыков.

Наконец, как мы уже замечали, социокультурные методы лечения иногда приносят успех там, где традиционные подходы терпят неудачу (Heller, 1996).

В то же время, социокультурная модель, подобно все остальным, имеет свои недостатки. Начать с того, что данные социокультурных исследований часто бывает трудно интерпретировать. Исследования могут вскрыть связь между социокультурными факторами и определенным расстройством, однако по-прежнему неспособны доказать, что они являются его *причиной*. Например, исследования показывают связь между семейным конфликтом и шизофренией, но это не означает, что семейная дисфункция обязательно приведет к шизофрении (Miklowitz et al., 1995; Velligan et al., 1995). В равной степени возможно, что функционирование семьи нарушается из-за напряжения и конфликта, создаваемого шизофреническим поведением одного из членов семьи (Eakes, 1995).

<Современное «массовое безумие»?> Некоторые социокультурные теоретики полагают, что сильные социальные стрессоры могут вызвать вспышки «массового безумия», подобные волнениям в Лос-Анджелесе в 1992 г. Образуя порочный круг, волнения, которые происходили на фоне бедности, безработицы и расовых предрассудков, стали причиной дополнительного стресса для членов общины, таких как Джо и Джойс Уилсоны, которые оценивают ущерб, причиненный их ресторанному бизнесу.>

Еще один недостаток модели — ее неспособность предсказать появление аномалии у конкретных индивидуумов (Reynold, 1998). Если, скажем, такие общественные условия, как предрассудки и дискриминация, являются ключевыми причинами тревоги и депрессии, почему психологическими расстройствами страдают только некоторые люди, подвергающиеся воздействию подобных сил? Необходимы ли для возникновения расстройств и другие факторы?

Учитывая эти недостатки, большинство клиницистов рассматривают социокультурные объяснения как идущие рука об руку с биологическими или психологическими интерпретациями. Они соглашаются, что социокультурные факторы могут создавать атмосферу, благоприятную для развития определенных расстройств. Однако они полагают, что для того чтобы расстройства себя обнаружили, должны существовать биологические или психологические предпосылки.

Резюме

Сторонники социокультурной модели объясняют и лечат патологию, рассматривая внешние социальные силы, которые влияют на членов общества.

Социокультурные объяснения. Некоторые социокультурные теоретики сосредоточивают свой взгляд на семейной системе, полагая, что семейная структура или коммуникативные нарушения могут способствовать тому, что члены семьи станут вести себя в аномальной манере. Другие теоретики фокусируют свое внимание на социальных сетях и поддержке, а третьи изучают общественные условия, чтобы

понять, какие специфические стрессы они могут вызвать. Наконец, некоторые теоретики внимательно исследуют общественные ярлыки и роли; они считают, что общество навешивает определенным людям ярлык «психически больные» и что этот ярлык может влиять на то, как человек себя ведет и как на его действия реагируют окружающие.

Социокультурные методы терапии. Социокультурные принципы часто используются в таких терапевтических методиках, как групповая, семейная и супружеская терапия. Исследования показывают, что эти подходы помогают в случае некоторых проблем и при определенных обстоятельствах. При общинном лечении терапевты стараются работать с людьми в обстановке, близкой к домашней, учебной и производственной. Их цель — первичная, вторичная либо третичная профилактика.

Подводя итоги.

Ведущие современные модели варьируются в широких пределах. Они смотрят на поведение под разным углом зрения, основаны на различных посылах, приходят к разным заключениям и используют различные методы лечения. Ни об одной из моделей нельзя сказать, что она превосходит другие. Каждая помогает нам оценить какой-то ключевой аспект человеческого функционирования и обладает как значимыми достоинствами, так и серьезными недостатками (см. табл. 2.3).

Таблица 2.3. Сравнение моделей

	Биологическая	Психодинамическая	Поведенческая	Когнитивная	Гуманистическая	Экзистенциальная	Социокультурная
Причина дисфункции	Биологическое нарушение	Скрытые конфликты	Неадекватное научение	Неадекватное мышление	Самообман	Уклонение от ответственности	Семейный или социальный стресс
Экспериментальные подтверждения	Веские	Ограниченные	Веские	Веские	Слабые	Слабые	Умеренные
Обозначение потребителя услуг	Пациент	Пациент	Клиент	Клиент	Пациент или клиент	Пациент или клиент	Клиент
Роль терапевта	Врач	Интерпретатор	Наставник	Уговорщик	Наблюдатель	Товарищ	Социальный помощник
Ключевой терапевтический прием	Биологическое вмешательство	Свободная ассоциация и интерпретация	Обусловливание	Рассуждение	Рефлексия	Различные	Социальное вмешательство
Цель терапии	Биологическое восстановление	Обширные психологические изменения	Функциональное поведение	Гибкое мышление	Самоактуализация	Аутентичная жизнь	Эффективная семейная или социальная система

Фактически заключения, делаемые различными моделями, часто оказываются совместимыми (Friman et al., 1993). Разумеется, понимание и лечение аномального поведения будет более полным, если мы примем во внимание и биологические, и психологические, и социокультурные аспекты человеческой проблемы, а не только какой-то один из них. Поэтому неудивительно, что многие клиницисты сегодня отдают предпочтение объяснениям аномального поведения, которые учитывают одновременно более чем одну причину возникновения проблемы. К примеру, они могут придерживаться **концепции «предрасположенность—стресс»**, согласно которой люди должны сначала обладать определенной биологической, психологической или социокультурной предрасположенностью к тому, чтобы у них проявилось какое-то психическое расстройство, а затем подвергнуться

непосредственному воздействию того или иного стрессора. Если бы нам пришлось изучать какой-то частный случай депрессии, мы вполне могли бы обнаружить, что необычная биохимическая активность вызывает у человека предрасположенность к расстройству, тяжелая утрата продуцирует начало расстройства, а логические ошибки способствуют его непрерывному течению.

Концепция «предрасположенность— стресс» — точка зрения, согласно которой, для того чтобы у человека проявилось какое-то расстройство, он должен сначала обладать предрасположенностью к этому расстройству, а затем подвергнуться непосредственному воздействию психологического стресса.

Когда в этой книге будут описываться различные виды расстройств, мы увидим, как современные модели объясняют каждое расстройство и как клиницисты, придерживающиеся той или иной модели, лечат людей с этим расстройством. Мы также посмотрим, насколько хорошо эти объяснения и методы лечения подтверждаются исследованиями. Мы сделаем и еще одну важную вещь: проследим не только отличия между различными объяснениями и методами лечения, но и то, как одни из них могут произрастать из других, усиливая друг друга.

Ключевые термины

Модель

Биологическая модель

Нейрон

Глия

Отдел головного мозга

Задний мозг

Средний мозг

Большой мозг

Дендрит

Аксон

Нервное окончание

Синапс

Нейротрансмиттер

Рецептор

Эндокринная система

Гормон

Хромосома

Ген

Медикаментозная терапия

Психотропный препарат

Противотревожное лекарство

Антидепрессант

Нормотимик

Антипсихотик

Психотическое расстройство

Электросудорожная терапия (ЭСТ)

Конвульсия

Психохирургия

Лоботомия

Психодинамическая модель

Динамический

Детерминистский

Психоанализ

Бессознательный

Ид

Принцип удовольствия

Либи́до

Эго

Принцип реальности

Защитный механизм эго

Вытеснение

Суперэго

Сознание

Фиксация

Оральная стадия

Анальная стадия
Фаллическая стадия
Латентная стадия
Генитальная стадия
Эго-психология
Селф-психология
Теория объектных отношений
Свободная ассоциация
Сопротивление
Перенос
Сновидение
Манифестное содержание
Латентное содержание
Катарсис
Проработка
Динамический фокус
Поведенческая модель
Поведение
Обусловливание
Оперантное обусловливание
Моделирование
Классическое обусловливание
Безусловный стимул (US)
Безусловный рефлекс (UR)
Условный стимул (CS)
Условный рефлекс (CR)
Систематическая десенситизация
Фобия
Иерархия страха
Самозффективность
Когнитивно-поведенческая теория
Когнитивная модель
Когнитивная терапия
Экзистенциально-гуманистическая модель
Гуманист
Самоактуализация
Экзистенциалист
Позитивное отношение
Безусловное позитивное отношение
Безусловное отношение к себе
Требования признания заслуг
Клиент-центрированная терапия
Эмпатия
Искренность
Проживание
Гештальт-терапия
Искусственная фрустрация
Ролевая игра
Экзистенциальная терапия
Социокультурная модель
Социология
Антропология
Теория семейных систем
Индивидуальная терапия
Групповая терапия
Группа самопомощи
Семейная терапия
Системная семейная терапия
Структурная семейная терапия
Супружеская терапия
Интегративная поведенческая терапия супружеских пар
Поддержание психического здоровья сообщества

Профилактика
Первичная профилактика
Вторичная профилактика
Третичная профилактика
Концепция «предрасположенность—стресс»

Контрольные вопросы

1. Каковы основные отделы головного мозга и каким образом по нему распространяются сигналы? Опишите биологические методы лечения психических расстройств?
2. Какая модель связана с выученными реакциями, ценностями, ответственностью, скрытыми конфликтами, неадекватными допущениями?
3. Какой метод лечения использует безусловное позитивное отношение, свободную ассоциацию, классическое обусловливание, искусственную фрустрацию, интерпретацию сновидений?
4. Назовите ключевые принципы психодинамической, поведенческой, когнитивной и экзистенциально-гуманистической моделей.
5. Какую роль, согласно теоретикам психодинамического направления, играют в формировании как нормального, так и аномального поведения Ид, Эго и Суперэго? Каковы ключевые приемы, используемые психодинамическими терапевтами?
6. На какие виды обусловливания опираются бихевиористы, когда объясняют и лечат аномальное поведение?
7. Какие виды когнитивной дисфункции могут привести к аномальному поведению?
8. Сравните гуманистические теории и терапевтические методы Роджерса и Перлса. В чем их отличие от экзистенциальных объяснений и подходов?
9. Каким образом семейные факторы, социальные сети, общественные условия и общественные ярлыки могут способствовать развитию аномального поведения?
10. Каковы ключевые особенности групповой, семейной, супружеской терапии и «общинного» метода лечения? Насколько эффективны эти различающиеся терапевтические подходы?

Глава 3. Клиническая оценка, диагностика и лечение.

Анжеле Саванти было 22 года, она жила дома с матерью, работала в крупной страховой компании. У нее.... уже и до этого случались периоды «хандры», но сейчас ее отчаяние было намного глубже. Анжелу беспокоила сильная депрессия и частые приступы плача, которые не прекращались в последние два месяца. Анжела обнаружила, что ей трудно сосредоточиться на своей работе, ей было трудно засыпать по ночам, у нее был плохой аппетит.. Депрессия началась после того, как Анжела рассталась со своим женихом Джерри два месяца тому назад. (Leon, 1984, p. 109)

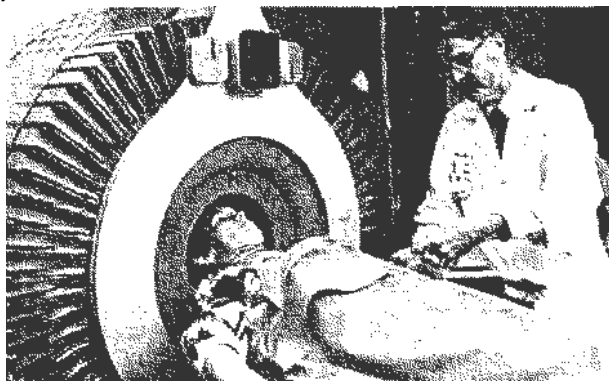
Анжела Саванти договорилась о встрече с врачом в местном консультационном центре. Прежде всего врач постарался как можно больше узнать об Анжеле и ее тревогах. Кто она, какова ее жизнь и каковы в действительности симптомы ее заболевания. Такая информация могла пролить свет на причины возникновения и течение болезни и помочь врачу определить, какие методы подошли бы для лечения. Лечение должно было соответствовать потребностям Анжелы и присущему только ей типу патологии. Из первой и второй главы мы узнали, как исследователи в области психопатологии ищут разгадки патологического поведения. Практикующие врачи, наоборот, заинтересованы в специфической информации о своих пациентах. Им необходимо **идиографическое понимание (idiographic understanding)** своих больных, а кроме того они должны знать природу и происхождение их проблем (Tucker, 1998). Индивидуальная информация о пациенте собирается при оценке его состояния и при диагностировании. Используя такую информацию врач затем может применить лечение.

Идиографическое понимание — понимание поведения определенного индивида.

Клиническая оценка.

Оценка (assessment) — это просто сбор информации, относящейся к человеку. Это касается всех сфер жизни. Можно собирать такую информацию во время покупок в продовольственном магазине или во время выборов президента. Члены приемных комиссий в колледжах, которым предстоит определить, кто из поступающих будет успешно учиться, рассматривают свидетельства об окончании школы, рекомендации, данные тестов, интервью и другие материалы, чтобы получить информацию о будущих студентах. Работодатели, которым надо решить, кто из кандидатов окажется хорошим работником, собирают о них информацию из анкет, интервью, рекомендаций, а иногда просто наблюдая их непосредственно за работой.

Оценка — процесс сбора и интерпретации информации, относящейся к пациенту или к здоровому человеку.



Позитронная эмиссионная томография (PET — positron emission tomography).

Разработанные учеными биологические тесты, такие как позитронная эмиссионная томография, помогают выявить нарушения работы мозга, которые могут вызывать психологические проблемы.

Клиническая оценка (clinical assessment) используется для того, чтобы определить, как и почему человек ведет себя «ненормально» и как можно помочь этому человеку. Это помогает врачам оценить состояние пациентов, некоторое время уже получавших лечение, и посмотреть, успешно ли продвигается терапия или ее следует изменить.

Специальные методы оценки, которыми пользуются врачи, зависят от их теоретической ориентации. Врачи психодинамической направленности, например, пользуются такими оценочными методами, при помощи которых можно получить информацию о личности пациента и о любых неосознанных конфликтах, которые он или она могут испытывать (Butler & Satz, 1989). Последователи бихевиоризма и когнитивной психологии, наоборот, пользуются методами, которые помогают собирать подробную информацию об особых нарушениях в поведении и познании (Haynes, 1990; Kendall, 1990). Сотни разработанных методик и средств оценки делятся на три категории: клинические интервью (беседы), тесты и наблюдения. И раз эти средства используются в клинической практике, они должны быть стандартизованы, надежны и валидны.

Свойства оценочных средств.

Важно, чтобы все врачи проводили одинаковые процедуры, когда им приходится пользоваться определенной техникой оценки. Достигнуть этого можно при **стандартизации** методики, обеспечивающей общие стандарты, которым надо следовать, где бы они ни проявлялись.

Стандартизация — процесс, при котором тест проводится с большой группой людей, и результаты его выполнения служат общим стандартом или нормой, по которым можно измерять показания любого индивида.

<Вопросы для размышления. Как вы можете оценить тесты, которые вам предлагались в школе? Насколько они надежны и валидны? Как вы относитесь к тестам, которые встречается в журналах?>

Врачи также должны стандартизировать записи результатов оценочных средств, чтобы иметь возможность интерпретировать записи по каждому индивиду. Они могут, к примеру, провести тест с группой людей, и выполнение такого теста может в дальнейшем служить стандартом или нормой, по которым можно измерять показания любого индивида.

Члены группы, которую первоначально выбирают для проведения теста, должны быть типичными представителями большой группы населения.

Если тест на агрессивность, рассчитанный на широкие круги населения, был

стандартизирован по группе моряков, то «норма» может оказаться неоправданно высокой.

Надежность (reliability) отражает постоянство в оценочных измерениях. Хороший оценочный прием покажет одинаковые результаты в одинаковой ситуации (Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Kline, 1993). Способ оценки получает высокую степень *ретестовой надежности*, одного из видов надежности, если достигаются те же результаты при проведении повторного теста с теми же людьми. Если в определенном тесте женщина указывает на то, что она много пьет, то тест, который будет проведен с ней через неделю, должен показать те же результаты. Чтобы измерить ретестовую надежность типа «тест — повторный тест», данные, полученные индивидами в двух случаях, приводятся в соответствие, и чем выше соотношение, тем больше надежность. (см. главу 1).

Надежность — измерение постоянства результатов теста или результатов исследования.

Валидность — точность результатов теста или исследовательской работы; то есть это тот предел, до которого тест или исследование в действительности измеряет или показывает то, что надо измерить и показать.

Метод тестирования показывает высокое *постоянство экспертной оценки*, другую разновидность надежности, если разные специалисты, проводящие оценку, независимо приходят к одинаковому решению, как записывать результаты оценки и как их интерпретировать. Тесты, построенные по схеме правильно — ложно, а также тесты с множественными выборами для ответа дают постоянные результаты независимо от того, кто производит оценку, но при проведении некоторых особых тестов требуется, чтобы оценивающий высказал свое мнение. Представьте, что по условиям теста требуется скопировать картину. Сделанная копия оценивается по точности выполнения. Одна и та же копия может быть по-разному оценена различными специалистами.

И, наконец, средство оценки должно показать высокую **валидность**; оно должно точно измерять то, что должно быть измерено (Barker et al., 1994; Kline, 1993).

Представьте, что шкала измерения веса каждый раз показывает 12 фунтов, когда на весы кладется мешок с сахаром весом 10 фунтов. Хотя эта шкала надежна, т. к. ее показания постоянны, но она непригодна из-за того, что эти показания не точны.

Некоторые средства оценки кажутся пригодными, потому что в этом есть смысл.

Данный тип пригодности, который называют *очевидная валидность (face validity)*, сам по себе не означает, что оцениваемая техника надежна. Тест на депрессию, например, может включать вопросы о том, часто ли пациент плачет.

Поскольку люди с депрессией действительно нередко плачут, подобные вопросы в тесте могли бы иметь очевидную валидность. Однако, оказывается, что некоторые люди много плачут вовсе не из-за депрессии, а некоторые больные с тяжелой формой депрессии могут вовсе не плакать. Таким образом, не следует пользоваться средством оценки до тех пор, пока оно не будет иметь высокой *прогностической или совпадающей валидности* (Goodwin, 1995).

Прогностическая валидность — возможность применяемого метода прогнозировать будущее поведение или характерные черты испытуемого. Допустим, что по условиям теста собирается информация о родителях учащихся начальной школы, их личные характеристики и отношение к курению. На основе таких данных мы могли бы попытаться выявить тех детей, которые начнут курить на младших курсах в колледже. Чтобы установить прогностическую валидность, следует применить этот текст на группе учащихся начальной школы, подождать, когда они станут студентами младших курсов, а затем проверить, кто из них действительно стал курильщиком.

<Ух! Эти судьи на университетских соревнованиях по нырянию по-разному оценили одного и того же ныряльщика. Низкая надежность оценки могла зависеть от дефектов процедуры оценки или от необъективности судей. Судьями были тренеры соперничающих команд.>

Совпадающая валидность — это та степень, до которой соотносятся данные одного измерения с данными, полученными при применении других методик оценки.

Например, показания пациентов в планируемом новом тесте для измерения тревоги должны в высшей степени соотноситься с другими их показаниями в тестах по тревоге или с их ответами, полученными во время клинических интервью.

<«Каждый из нас существует в центре своего личного мира, который никто кроме нас не может понять». — Карл Роджерс (Carl Rogers), 1951.>

Сцены из современной жизни

Хоть горшком назови?

В 1995 году руководство Федерального Бюро Расследований решило использовать в своих материалах и отчетах более мягкие и нейтральные термины для описания людей с умственными расстройствами. Проблема оказалась очень сложной и эмоционально напряженной, как это вскоре обнаружили сотрудники ФБР на продолжавшейся семь часов конференции, где присутствовали представители правительства, сотрудники юридических и правоохранительных органов, делегаты групп защиты психического здоровья, а также профессора-психиатры (Foderaro, 1995).

На конференции явно не было общего понимания проблемы. Офицеры полиции и законодатели показали, что они относятся к людям с умственными нарушениями как к «эмоционально неуравновешенным» или как к «умственно-отсталым», но такие термины решительно отвергались теми, кто испытал подобные расстройства на себе. Этим людям больше нравились такие термины, как «потребитель», «получатель», «победивший психическое заболевание». Некоторых заинтересовал термин «умственно больной», так как он объединял людей с различными проблемами в единую группу. Этот термин означал также то, что люди с психическими проблемами больны и болезнь нельзя победить без медицинского вмешательства.

Представители различных групп на конференции согласились с тем, что неприемлемы такие термины, как «псих», «чокнутый», «психушка» (для обозначения больницы), хотя они указывали на неоднократное употребление этих слов в заголовках бульварных газет.

<Вопросы для размышления. Почему выбор терминологии так отличается в различных группах и даже у людей, у которых были психические нарушения? Присутствующие на конференции в целом предпочитали при выборе термина подходить прежде всего к человеку, употребляя, например, словосочетание «человек с шизофренией» вместо «шизофреник». Почему такой подход предпочтительней?>

Клинические интервью.

Многие из нас понимают, что лучший способ узнать людей — это встретиться с ними с глазу на глаз. Мы можем видеть их реакцию на наши вопросы. Мы можем слышать и наблюдать, как они отвечают, видеть, как они наблюдают за нами, и получить общее представление о том, кто же они такие. Клинические интервью это то же самое, что неожиданная встреча лицом к лицу (Nietzel et al, 1994; Wiens, 1990). Если, к примеру, человек говорит, что смерть матери чрезвычайно его опечалила, но при этом выглядит очень счастливым, врач может подозревать, что в действительности чувства этого человека по поводу утраты противоречивы.

Почти все практикующие врачи включают в процесс оценки клинические интервью.

Клиническое интервью — встречи (обычно без присутствия посторонних), на которых врачи задают пациентам вопросы, оценивают их ответы и узнают о пациентах и об их психологических проблемах.

Проведение интервью

Часто интервью является первым контактом между врачом и пациентом. Врачи обычно собирают подробную информацию о чувствах и текущих проблемах пациента, о жизненных ситуациях и взаимоотношениях, кроме того, их интересует история жизни пациента. Врачи также могут интересоваться тем, какие надежды на лечение имеет пациент и каковы причины, заставившие его обратиться к врачу. Врач, который занимался Анжелой Саванти, начал именно с клинического интервью.

Анжела была аккуратно одета, когда появилась на первом интервью. Она отвечала на вопросы и давала информацию о своей жизни медленно, вялым, почти не интонированным голосом. Она скованно сидела на стуле...

Пациентка сообщила, что период времени, который предшествовал ее расставанию с женихом, был эмоционально нестабильным. Она не была уверена, хочет ли выйти замуж за Джерри, а тот хотел, чтобы она твердо сказала или «да» или «нет». Джерри, похоже, не нравился матери Анжелы, миссис Саванти, и она была очень холодна и равнодушна, когда бы потенциальный зять ни приходил в их дом. На Анжелу давили с двух сторон, и она не могла принять решения о своем будущем. После нескольких размолок по поводу того, выйдет ли Анжела за него замуж, Джерри сказал, что она никогда этого не решит, и поэтому он уходит..

Анжела считала детство самым несчастным периодом своей жизни. Отец редко бывал дома, а когда появлялся, родители постоянно ссорились...

Анжела вспоминала, что чувствовала вину, когда из семьи ушел мистер Саванти... Она

призналась, что когда бы она ни думала об отце, то всегда чувствовала, что каким-то образом ответственна за то, что отец их оставил.

Анжела описывала свою мать как «многострадальный тип». Мать говорила, что посвятила свою жизнь тому, чтобы сделать детей счастливыми, а взамен получала лишь горе и несчастья... Когда Анжела и ее сестра Дорин начали ходить на свидания, миссис Саванти пренебрежительно отзывалась о юношах, с которыми они встречались, и вообще о мужчинах...

Анжела рассказала, что и раньше она часто бывала в подавленном настроении. В студенческие годы, когда она получала более низкую оценку, чем рассчитывала, то сначала очень злилась, а потом наступала депрессия... Анжела чувствовала себя подавленной, когда ссорилась с матерью или когда понимала, что ее недооценивают на работе... Глубина и продолжительность (изменения настроений), которые она ощущала во время своего разрыва с Джерри, были более серьезными. Анжела не осознавала глубины своей депрессии, но начала чувствовать, что ей трудно выйти из дома и идти на работу. Стало тяжело разговаривать с людьми. Анжела обнаружила, что ей стало трудно сосредоточиться, она начала забывать то, что ей предстояло сделать... Ей больше хотелось оставаться в постели, чем с кем-то общаться, и в одиночестве она часто плакала (Leon, 1984, p. 110-115).

Кроме основной информации, которую получают врачи, проводящие клинические интервью, они обращают особое внимание на темы, которые считают для себя наиболее важными. Врачи психодинамического направления, например, пытаются узнать о потребностях пациента и его воспоминаниях о прошедших событиях (Shea, 1990; Pope, 1983). Бихевиористы пытаются провести функциональный анализ патологических реакций индивида и получить информацию о стимулах, которые вызывают такие реакции и их последствия (Reyna, 1989). Представители когнитивной психологии пытаются обнаружить установки и интерпретации, которые влияют на человека (Kendall, 1990). Психологи гуманистической ориентации спрашивают обследуемого о его самооценке и о концепции его личности (Aiken, 1985; Brown, 1972). Биологи используют подобные беседы для того, чтобы определить признаки биохимической или нейрологической дисфункции. И, наконец, социальные психологи расспрашивают обследуемого о семье, о социальных и культурных проблемах.

Форма интервью может быть свободной (**неформализованное интервью**) или построенной по определенному плану (**формализованное интервью**) (First et al., 1995; Barker et al., 1994). При проведении свободного интервью врач задает открытые вопросы, достаточно простые, например: «Не могли бы Вы рассказать мне о себе?» Отсутствие схемы построения интервью позволяет интервьюеру быть ведущим в беседе и касаться значимых для клиента тем, которые не были заранее предусмотрены.

Неформализованное (неструктурированное) интервью — форма интервью, при котором клиницист спонтанно задает вопросы, основанные на темах, которые возникают в процессе беседы.

Формализованное (структурированное) интервью — форма интервью, при котором клиницист задает подготовленные вопросы.

При проведении интервью, построенного по определенной схеме, врачи задают подготовленные вопросы. Иногда они пользуются специально напечатанной для таких целей анкетой, содержащей стандартный набор вопросов, предназначенных для любых интервью. Подобные интервью часто включают **исследование психического статуса (mental status exam)**. Такое обследование состоит из вопросов и наблюдений, которые отражают степень осознанности пациентом того, что происходит вокруг, ориентацию во времени и пространстве, внимание, память, суждения, понимание болезни, содержание и темп мышления, настроение и внешний вид. Формализованное интервью, построенное по плану, гарантирует то, что все врачи в своих интервью охватят одинаковые важные проблемы, что даст им возможность сравнивать ответы различных пациентов.

Исследование психического состояния (статуса) — набор вопросов для интервью и алгоритм проведения наблюдений, направленных на выявление степени и природы патологического поведения индивида.

Хотя при проведении клинических интервью в равной степени используются как свободные (неформализованные), так и спланированные (формализованные) варианты интервью, многие врачи предпочитают пользоваться каким-то одним из видов интервью (Nietzel et al., 1994). Обычно неформализованными интервью пользуются врачи психодинамической направленности и представители гуманистической

психологии (Pore, 1983). Формализованные интервью применяются исследователями-бихевиористами, которым требуется иметь подробный анализ поведения исследуемого индивида (Pore, 1983). Такие интервью также популярны и среди представителей когнитивной психологии, которые стремятся тщательно выявить особенности когнитивных структур и процессов мышления, которые могут влиять на патологическое поведение.

Недостатки клинических интервью

Из интервью можно получить ценную информацию о человеке (Giron et al., 1998), но в достижении этого существуют определенные ограничения. При проведении интервью, к примеру, можно собрать только ту информацию, которую вам предоставит интервьюируемый. Индивиды могут пытаться представить себя в лучшем свете или им бывает трудно коснуться некоторых трудных тем (Barker et al., 1994; Nietzel et al., 1994).

<Формализованное интервью. При проведении спланированных интервью врачи собирают информацию, задавая стандартные вопросы, независимо от конкретных симптомов пациентов. (The Far side copyright, 1982 Farworks, Inc. Печатается по разрешению Синдиката Универсальной Прессы. Все права защищены.)>

Иногда испытуемые просто не могут дать точную информацию. Например, те люди, которые страдают от депрессии, очень пессимистичны и могут описать себя как слабых работников или негодных родителей (Beck, 1997, 1991, 1967). Ошибочная концепция врача, проводящего интервью, может исказить собираемую информацию. Обычно врачи придают очень большое значение первому впечатлению о пациенте и высоко оценивают отражающую дисфункцию информацию о нем (Aiken, 1985; Meehl, 1960). Предубеждения и пристрастия врача, включая расовые, а также пол пациента, могут влиять на интерпретацию того, о чем говорит пациент (Nietzel et al., 1994).

И, наконец, люди по-разному реагируют на тех, кто проводит интервью. Люди склонны предоставить меньше информации строгому и холодному врачу, чем мягкому и сердечному (Eisenthal, Koorman & Lazare, 1983). Расовая принадлежность врача, его возраст, пол и внешность также могут повлиять на ответы пациента (Paurohit, Dowel & Cottingham, 1982).

При таких обстоятельствах различные врачи могут получить разные ответы и сделать разные выводы даже тогда, когда они задают одни и те же вопросы одним и тем же индивидам (Langwieler & Linden, 1993). В связи с этим некоторые исследователи считают, что хотя интервью и является общепризнанным методом оценки, от него надо отказаться. Это предложение можно было бы считать разумным, если бы взамен старой методики существовала новая, безукоризненная. Однако, как мы увидим, и другие методы клинической оценки также не лишены серьезных недостатков.

Клинические тесты.

Тесты являются способом сбора информации о некоторых аспектах психического состояния человека, по которым можно сделать о нем более подробные выводы (Goldstein & Herzen, 1990). В настоящее время в Соединенных Штатах используется более 500 клинических тестов. На первый взгляд может показаться, что сконструировать эффективно действующий тест достаточно просто. Каждый месяц в газетах и журналах можно найти тесты, которые, как предполагается, рассказывают нам о нас самих, о наших взаимоотношениях, о сексе в нашей жизни, о наших стрессах и о наших возможностях преуспеть. Такие тесты могут показаться убедительными, но в большинстве случаев в них отсутствует надежность, валидность и стандартизация. Поэтому подобные тесты не могут выявить четкой, достоверной информации или сообщить что-то значительное о том, что мы собой представляем по сравнению с другими. Тесты, которыми чаще всего пользуются исследователи, насчитывают шесть типов: проективные тесты, личностные опросники, перечни ответов, психофизиологические тесты, неврологические и нейропсихологические тесты, а также тесты интеллекта.

Тест — способ сбора информации о некоторых аспектах психического состояния человека, по которым можно сделать более подробные выводы об этом человеке.

Патология и искусство

Оценивая Ван Гога

Винсент Ван Гог прожил мучительную и несчастливую жизнь. Легендарным стал случай, когда художник отрезал себе ухо. Ван Гога неоднократно помещали в психиатрические лечебницы, и в конце концов он покончил с собой. Художник часто сообщал в письмах к брату о своей боли и душевных муках, описывая психические и физические мучения и галлюцинации. В течение многих лет специалисты

размышляли о том, что заставляло страдать Ван Гога: расстройство настроения, шизофрения или то и другое вместе. В последнее время такая оценка заболевания оспаривается. Так, неврологи из Гарвардского университета предположили, что в действительности Ван Гог страдал от синдрома Гешвинда (Geschwind's syndrome), известного как расстройство личности, расположенное в континууме между двух психических и неврологических расстройств — судорогами, возникающими в результате мозговой дисфункции, и эпилепсией. Ван Гог проявил многие симптомы этой болезни, включая лихорадочное рисование (гиперграфия), сверхрелигиозность и агрессию (Trotter, 1985).

Медицинские специалисты из Колорадо, наоборот, считают, что Ван Гог страдал от острой формы синдрома Меньера (Meniere's syndrome), расстройства, которое было вызвано избыточным накоплением жидкости во внутреннем ухе. Чрезмерное давление, которое при этом возникает, может вызвать тошноту, головокружение, нарушение равновесия, боль, глухоту и ощущение постоянного шума или звона в ушах. Вполне возможно, Ван Гог отрезал себе ухо, чтобы заглушить боль. Вероятно, что и боль и другие симптомы были связаны с тяжелыми вторичными психическими проблемами, которыми может сопровождаться синдром Меньера (Scott, 1990).

<Вопросы для размышления. Если бы люди знали, что расстройства Ван Гога были связаны со средним ухом, а не являлись психическими, стали бы они относиться к нему по-другому? Почему людям интересно заниматься клинической оценкой известных людей, особенно тех, кто связан с искусством, даже спустя много времени после их смерти?>

Проективные тесты

При проведении проективных тестов от испытуемых требуется интерпретация неясных стимулов, таких как чернильные пятна или нечеткие картины, или же они получают неопределенные инструкции, например: «Нарисуйте человека».

Теоретически, при таких расплывчатых намеках и инструкциях испытуемые «проецируют» аспекты своей личности на решение поставленной задачи.

Проективными тестами чаще всего пользуются исследователи психодинамической направленности, чтобы оценить бессознательные проявления и конфликты, которые, как они считают, лежат в основе патологического поведения. Наиболее широко применяемые проективные тесты — это тест Роршаха, Тест тематической апперцепции (ТАТ), тесты незаконченных предложений и рисуночные тесты.

Проективный тест — тест, при котором испытуемый должен интерпретировать нечеткие стимульные материалы или реагировать на них.

Тест Роршаха. В 1911 году швейцарский психиатр Германн Роршах (Hermann Rorschach), занимаясь клинической диагностикой, пользовался чернильными пятнами.

Он капал чернила на бумагу, а затем складывал листы пополам, получая симметричные, но совершенно случайные пятна. Роршах обнаружил, что каждый человек видел в этих пятнах какие-то определенные образы.

Более того, образы, которые представляет человек, смотрящий на эти пятна, связаны с его психическим состоянием. Предполагается, что пациенты с диагнозом шизофрении, например, увидят совершенно другие образы, чем те, кто страдает от тревожности.

Роршах отобрал 10 чернильных пятен и в 1921 году опубликовал их вместе с инструкцией по применению при клинической оценке. Этот материал был назван *Психодинамическим тестом чернильных пятен Роршаха*. Спустя восемь месяцев в возрасте 37 лет Роршах умер, но коллеги продолжили его работу, и чернильные пятна Роршаха заняли свое место среди самых популярных проективных тестов XX века.

Врачи проводят «Роршаха», как обычно называют этот тест, следующим образом: пациенту на некоторое время дается одна карточка с пятнами, и он должен сказать, что видит, чем ему представляются эти пятна или что они ему напоминают. Раньше, когда тест Роршаха только появился, применявшие его исследователи в первую очередь интересовались *темами и образами*, которые вызывают в сознании респондента чернильные пятна. В настоящее время исследователи обращают большее внимание на *тип ответов*: Воспринимают ли испытуемые изображение пятен целиком или видят детали? Обращают ли они внимание на сами пятна или на белые промежутки между ними? Используют в ответах или игнорируют тени и полутона, которые представлены на некоторых карточках?

Тест тематической апперцепции. Тест тематической апперцепции (ТАТ) — это проективный тест с изобразительными материалами (Murray, 1938; Morgan & Murray,

1935). Во время подобного теста испытуемым обычно показывают 30 черно-белых фотографий людей, показанных в некой неясной обстановке, и просят придумать историю о каждом персонаже. Нужно рассказать, что именно изображено, что привело к такой ситуации, каковы мысли и чувства персонажей и чем все это могло бы закончиться.

Исследователи, которые пользуются Тестом тематической апперцепции, считают, что испытуемый отождествляет себя с одним из персонажей, изображенных на каждой карточке. В придуманных историях люди стараются отразить свои собственные обстоятельства, потребности, выразить свои чувства, показать свое восприятие реальности и свои фантазии. Например, пациентка, участвующая в Тесте тематической апперцепции, возможно, пытается проявить свои чувства в рассказе по карточке теста, представленной на рис. 3.1. Это одно из немногих изображений в Тестах тематической апперцепции, которые разрешены к показу в учебниках.

<Рисунок 3.1. Одно из изображений, которые используются при проведении Теста тематической апперцепции. Эту женщину очень беспокоят воспоминания о матери, которую она обижала. Она сожалеет о том, как относилась к матери, воспоминания мучают ее. Эти чувства могут усилиться по мере того, как изображенная женщина будет стареть и видеть, что ее дети относятся к ней так же, как она относилась к своей матери (Aiken, 1985, p. 372).>

Тест незаконченных предложений. Тест незаконченных предложений впервые был разработан в 1920-х годах (Payne, 1928). При его проведении тестируемых просят закончить ряд незаконченных предложений, таких как «Я хочу...» или «Мой отец...». Этот тест рассматривается как хороший трамплин для обсуждения быстрого и простого пути получения тем, которые можно использовать в исследовании.

Рисуночные тесты. Принимая во внимание тот факт, что рисунок что-то раскрывает нам о художнике, исследователи часто просят пациентов нарисовать человеческие фигуры и рассказать о них. Оценка таких рисунков основывается на качестве и форме самого рисунка, твердости карандашной линии, учитывается расположение рисунка на листе, размер фигур, характерные особенности изображенных фигур, использование фона, а также замечания, которые делает тестируемый во время рисования.

<Рисуночный тест. Рисуночные тесты обычно применяются для оценки функционирования организма детей. Два самых популярных теста это «Дом—Дерево—Человек», при проведении которого тестируемый рисует дом, дерево и человека, а также тест «кинетический рисунок семьи», при котором рисуются члены семьи при выполнении каких-либо домашних дел.>

<Искусство оценки. Исследователи часто рассматривают произведения искусства как неофициальные проективные тесты, в которых художники отражают свои конфликты и психическую нестабильность. Причудливые портреты кошек, нарисованные в начале XX века Луисом Уэйном (Louis Wain), интерпретировались некоторыми исследователями как отражение психозов, которые в течение многих лет мучили художника. Другие считали такую интерпретацию неправильной и отмечали, что декоративный стиль последних работ художника явно связан с текстильным дизайном.>

Тест «Нарисуй человека» (DAP) наиболее популярен у исследователей среди тестов по применению рисования (Machover, 1949). Исследуемых просят нарисовать «человека», после того как они это сделают, их просят нарисовать другого человека, противоположного пола. Некоторые исследователи считают, что необычно крупная или, наоборот, очень маленькая голова, изображенная на рисунке, свидетельствует о проблемах в умственной деятельности, социальном поведении и контроле физиологических импульсов, а большие глаза могут указывать на сильную подозрительность или тревожность.

Ценность проективных тестов. До 50-х годов проективные тесты были самым распространенным методом оценки личности. Однако в последние годы исследователи и практикующие врачи широко используют такие тесты для сбора «дополнительных» данных (Clark, 1995; Lerner & Lerner, 1988). Одной из причин такого изменения отношения к методике является то, что практики, которые пользуются новыми типами тестов, находят проективные тесты менее ценными, чем это считают исследователи, придерживающиеся психодинамического направления (Kline, 1993). Но более важно то, что проективные тесты редко проявляют высокую надежность и валидность (Weiner, 1995; Lanyon, 1984). Например, при определении надежности разные исследователи могли по-разному зафиксировать результаты

проективного теста, в котором участвовал один и тот же пациент (Kline, 1993; Little & Shneidman, 1959). Подобным образом при определении валидности, когда исследователи пытаются описать личность пациента и его чувства на основе результатов проективных тестов, их выводы часто уступают сведениям, полученным психотерапевтом пациента или взятым из обширной истории болезни (Golden, 1964; Sines, 1959).

Другой проблемой валидности является то, что иногда проведение проективных тестов затрудняется с представителями национальных меньшинств. К примеру, люди при составлении рассказов о себе хотят сравнить себя с теми персонажами, которые изображены в Тесте тематической апперцепции (ТАТ), но среди фотографий, собранных в этом тесте, нет изображений представителей данной этнической группы. В ответ на возникновение подобных трудностей некоторые исследователи разработали новые тесты, похожие на Тест тематической апперцепции, но с включением изображений афроамериканцев и испанцев (Ritzier, 1996; Costantino, 1986).

Личностные опросники: Миннесотский многофакторный личностный опросник

Один из способов познать личность — попросить индивидов оценить самих себя.

Личностные опросники содержат широкий спектр вопросов о поведении, верованиях и чувствах, на которые должны ответить респонденты. Заполняя типичный личностный опросник, индивиды просто отмечают в длинном списке вопросов, что относится лично к ним, а что нет. Исследователи затем анализируют ответы, чтобы сделать выводы о личности респондента и его психическом состоянии.

Личностный опросник предназначен для измерения разнообразных личностных характеристик, которые заключаются в утверждениях о поведении, убеждениях и чувствах. Тестируемые оценивают эти утверждения с точки зрения того, свойственны ли они лично им или нет.

Самым широко используемым личностным опросником является Миннесотский Многофакторный Личностный тест (Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI) (Colligan & Offord, 1992). Существуют 2 варианта этого теста — оригинальный тест, опубликованный в 1945 году, и вариант MMPI-2, пересмотренное издание 1989 года. В настоящее время исследователями используются оба варианта. Традиционный тест MMPI содержит 550 утверждений, на которых следует сделать пометки «да», «нет» или «затрудняюсь ответить». Респонденты описывают свои физические заботы, настроение, моральное состояние, отношение к религии, сексу и социальной активности, а также описывают свои патологические реакции или поведение. Все пункты записей в тесте MMPI составляют 10 клинических уровней:

- 1. Hs (Hypochondriasis)** — Ипохондрия: Пункты, относящиеся к заботам о функционировании тела («У меня болит грудь несколько раз в неделю»).
- 2. D (Depression)** — Депрессия: Пункты, относящиеся к крайнему пессимизму и безнадежности («Я часто думаю, что нет надежд на будущее»).
- 3. Hy (Conversion Hysteria)** — Конверсионная истерия: Пункты, по которым предполагается выявить, что люди могут использовать физические или психические симптомы как средство подсознательного ухода от конфликтов и ответственности («Иногда я ощущаю, как у меня сильно бьется сердце»).
- 4. PD (Psychopathic Deviate)** — Психопатическое отклонение (девиация): Пункты, показывающие повторяющееся и растущее пренебрежение к социальным обязанностям и эмоциональную недостаточность («Мои поступки и интересы часто критикуются другими»).
- 5. Mf (Masculinity — Femininity)** — Мужественность — Женственность: Пункты, по которым предполагается оценить гендерную идентичность респондентов («Я люблю оформлять букеты цветов»).
- 6. Pa (Paranoia)** — Паранойя: Пункты, показывающие патологическую подозрительность и манию величия или преследования («Злые люди пытаются влиять на мой разум»).
- 7. Pt (Psychasthenia)** — Психастения: Пункты, показывающие навязчивые идеи, патологический страх, чувство вины и нерешительность («Я сохраняю все, что покупаю, даже то, что мне уже ненужно»).
- 8. Sc (Schizophrenia)** — Шизофрения: Пункты, показывающие странные или необычные мысли или поведение, внезапный уход, мании или галлюцинации («Вещи, окружающие меня, не кажутся мне реальными»).
- 9. Ma (Hypomania)** — Гипомания: Пункты, показывающие эмоциональное возбуждение, гиперактивность, полет мысли («Иногда я без видимых причин чувствую

себя в приподнятом настроении, а иногда в подавленном»).

10. Si (Social introversion) — Сосредоточенность на себе (социальная интроверсия): Пункты, показывающие застенчивость, отсутствие интереса к другим людям, ненадежность («Меня легко привести в замешательство»).

Показания каждого уровня шкалы колеблются от 0 до 120. Если показания индивида по данной шкале выше 70, то его состояние рассматривается как отклонение от нормы. Показатели на шкалах соединяются и таким образом создается график, так называемый «профиль», показывающий общее состояние личности индивида и отражающий его эмоциональные потребности (Graham, 1993; Meehl, 1951). Рисунок 3.2 показывает данные теста ММРІ 27-летнего мужчины, страдающего депрессией. Профиль показывает, что у него очень глубокая депрессия, он чувствует тревожность и страх, он социально изолирован, склонен к жалобам на физическое состояние. Каждый человек подходит к анкетам тестов, подобных ММРІ, со свойственной ему манерой отвечать на вопросы.

Некоторые люди обычно отвечают на поставленные вопросы утвердительно, независимо от их содержания (говорящие «да»). Другие пытаются дать ответ, какого, по их мнению, от них ждут. Очевидно, что результаты теста ММРІ могут оказаться недостоверными (Rogers et al., 1995).

По этой причине в тест введены такие вопросы, которые помогают выявить, как ведут себя при ответах респонденты — говорят правду, защищаются или отвечают не задумываясь (Berry et al., 1995). Например, о людях, которые отвечают «да» на такие утверждения, как «Я улыбаюсь всем, кого встречаю» и говорят «нет» на «Я иногда немного сплетничаю», можно думать, что они говорят неправду и могут лгать, отвечая на другие вопросы.

ММРІ-2, новый вариант ММРІ, содержит 567 записей — многие из них идентичны тем, что представлены в первом варианте, некоторые переписаны в соответствии с требованиями современного американского варианта английского языка (например выражение «расстройство желудка» заменило ранее употреблявшееся «кислый желудок»), а некоторые записи являются абсолютно новыми. Дополнительно к имеющимся в опросной шкале теста в ММРІ-2 появились новые аспекты, измеряющие проблемы питания, злоупотребление лекарствами и низкую производительность работы. Перед утверждением нового варианта теста ММРІ-2 его испытывали на обширной группе более разнообразных людей, чем это было при разработке первоначального варианта теста. Поэтому показатели нового теста могут давать более точные сведения о личности человека и патологических проявлениях его организма.

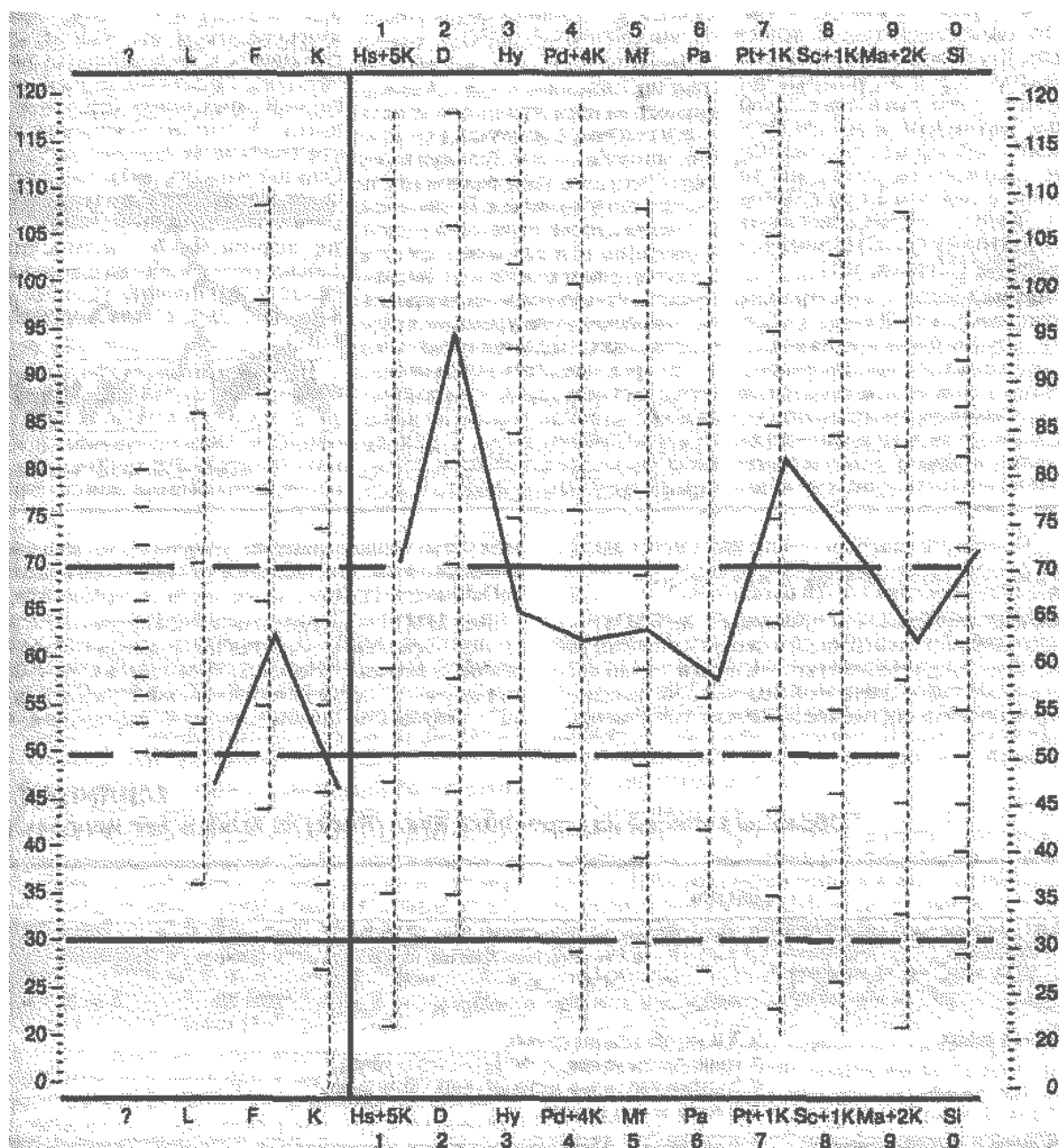


Рисунок 3.2. Профиль ММРІ. Профиль 27 летнего мужчины говорит о том, что у него депрессия. У респондента также проявляется тревожность, он склонен жаловаться на физические недомогания.

Многие исследователи принимают тест ММРІ-2 как значительно улучшенный и осовремененный вариант. Однако другие считают, что новый тест никогда не сможет стать адекватной заменой оригинального варианта и что многие исследования, которые проводятся на основе оригинального варианта теста, невозможно провести, используя ММРІ-2 (Humphrey & Dahlstrom, 1995).

Тест ММРІ и другие личностные опросники имеют некоторые преимущества по сравнению с проективными тестами. Эти тесты проводятся в письменной форме, их проведение не занимает много времени, а результаты можно конкретно зафиксировать.

Таблица 3.1. Образцы записей из опросника Бека (Beck) на выявление депрессий

Темы	Вопросы
Мысли о самоубийстве	0. У меня нет мыслей о самоубийстве. 1. У меня бывают мысли о самоубийстве, но я не буду их осуществлять. 2. Мне хотелось бы убить себя. 3. Я убью себя, если будет возможность.

Трудности в работе	0. Я могу работать, как обычно. 1. Нужно особое усилие, чтобы начать что-то делать. 2. Я должен (на) сильно заставлять себя что-то делать. 3. Я вовсе не могу работать.
Утрата полового влечения (либидо)	0. Я не замечаю никаких изменений в своем отношении к сексу. 1. Я меньше, чем обычно, интересуюсь сексом. 2. Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексом. 3. Я полностью утратил интерес к сексу.

Дополнительно к этому положительным аспектом является то, что обычно подобные тесты стандартизированы и результаты одного испытуемого можно сравнить с результатами многих. И, наконец, вышеназванные тесты показывают большую ретестовую надежность по сравнению с проективными тестами. Например, люди, участвовавшие повторно в тесте ММРІ спустя менее двух недель после первого теста, показывают приблизительно такие же результаты (Graham, 1987, 1977).

Личностные опросники показывают более высокую валидность, чем проективные тесты (Graham & Lilly, 1984). Однако вряд ли их можно рассматривать как *высоковалидные* тесты. Когда исследователи пользуются только этими тестами, они не могут точно оценить личность респондента (Johnson et al., 1996; Shedler et al., 1993). Дело в том, что черты личности, которые пытаются выявить через тест, нельзя исследовать прямо. Как можно полностью узнать характер человека, его эмоции и потребности только с его слов или наблюдая за его действиями?

Однако несмотря на недостаточную валидность, личностные опросники продолжают сохранять популярность (Archer, 1997). Исследования показывают, что личностные опросники помогают исследователям составить более подробную картину черт человеческого характера и нарушений, если этот метод используется совместно с интервью или другими способами оценки (Levitt, 1989).

Крупным планом

Тесты, ложь и видеозаписи

В кинофильмах преступники, которых допрашивают в полиции, потеют, дергаются, трясутся, ругаются, чем и выдают свою виновность. Когда же их проверяют на детекторе лжи, иглы аппарата все это выстукивают на бумаге. Такой образ знаком нам со времен Первой мировой войны, когда некоторые специалисты высказывали мнение о том, что когда человек лжет, в его организме происходят определенные физиологические изменения (Marston, 1917).

Тест на детекторе лжи строится достаточно просто. В то время, когда испытуемый отвечает на вопросы, записываются уровни выделения пота, дыхания и сердечный ритм. Специалисты анализируют эти показатели в то время, когда индивид отвечает «да» на контрольные вопросы, ответы на которые всегда положительны. Затем специалист анализирует физиологические показатели во время ответов на вопросы теста, такие как «Вы совершили эту кражу?». Если (как это показано ниже) потовыделение усилено, дыхание и ритм сердца учащены, то может оказаться, что индивид лжет (Raskin, 1982). На такие тесты опасно полагаться, поскольку до сих пор неясно, точны ли они (Steinbrook, 1992).

Тесты на детекторе лжи многие годы пользовались широкой популярностью, несмотря на почти полное отсутствие доказательств о том, что они срабатывают. Только к середине 80-х годов этим фактом стали больше интересоваться. В 1986 году в Американской психологической ассоциации пришли к выводу, что детекторы лжи неточны, и Палата представителей голосовала против их применения при уголовных расследованиях. Когда популярность детекторов лжи стала падать, в бизнесе и системах управления возникла необходимость в создании нового заменяющего теста. Терялись миллиарды долларов из-за краж, низкой производительности и других видов нечестного поведения. Ответом на это было появление тестов на выявление честности. При проведении подобных личностных тестов пытаются выявить, являются ли тестируемые честными или нечестными и можно ли их приглашать на определенные должности. Сейчас используется более сорока подобных тестов, при помощи которых пытаются выявить такие человеческие черты, как надежность, склонность к отступничеству, подчинение социальным нормам, своеобразие, враждебное отношение к правилам. Анализ показывает, что эти тесты недостаточно валидны. Они неточны, их легко подделать, часто их результаты интерпретируются неквалифицированными тестирующими. Важно отметить, что у данных тестов высокий показатель ложных обвинений (Camara & Schneider, 1994; Guastello & Rieke,

1991).

И с другими психофизиологическими тестами не все идет гладко. В городе Олд Таун, штат Мэн, офицер полиции был уволен после того, как отказался пройти *плетизмографический тест пениса (penile plethysmograph test)*. Тест пытались применить для того, чтобы оценить сексуальные побуждения этого полицейского, который подозревался в приставании к детям.



Для того чтобы провести данный психофизиологический тест, пенис тестируемого опоясывается резиновой трубкой, наполненной ртутью, а затем перед ним демонстрируются видеозаписи или слайды с изображением обнаженных взрослых и детей разного пола. Когда испытуемый сексуально возбуждается, трубка растягивается, и ртуть фиксирует возбуждение. Специалисты, проводящие тест, составляют график и определяют, что сильнее возбуждает испытуемого: взрослые или дети, мужчины или женщины, секс с насилием или секс по согласию.

Психологи отмечают, что хотя плетизмографический тест пениса дает точные показатели полового возбуждения, он лишен прогностической валидности: по его результатам нельзя предсказать, будет ли индивид при наличии подобных чувств совершать какие-либо поступки (Barker & Howell, 1992). Исследователи также отмечают, что из всех людей, которых сексуально возбуждают дети, лишь немногие реально пытаются удовлетворить свои желания. Поэтому данный тест не может определить, совершил ли человек сексуальное преступление, и по результатам теста нельзя предсказать, намерен ли он совершить его в будущем.

Хотя тому офицеру полиции из штата Мэн не было предъявлено обвинение и его вина не была доказана, начальство в ультимативной форме потребовало от него или подать рапорт об увольнении, или пройти обследование у сексопатолога с последующим тестированием. В ответ офицер обвинил власти города Олд Таун в нарушении его гражданских прав. Он заявил, что никакие государственные органы не имеют права выставлять сугубо интимный физиологический тест условием для сохранения места работы. Суд постановил восстановить офицера на службе.

Жизнь может разительно измениться, если к человеку прикреплены ярлыки, будь то ярлык «нечестный», «преступный», «депрессивный» или «с сексуальными отклонениями». Тестирующие обязаны относиться к результатам своей работы очень осторожно, особенно в тех случаях, когда какие-либо результаты предаются гласности. Опросные средства, такие как детектор лжи, тест на выявление честности, а также плетизмографические тесты, имеют непосредственное отношение не только к научным законам — порой они могут нарушать наши гражданские права и причинять вред невинным людям.

Опросники ответов от респондентов

Как и личностные опросники, **опросники ответов** требуют от респондента подробной информации о себе самом, но эти тесты направлены на специфические сферы функционирования. Например, с их помощью можно измерять аффекты (эмоции), социальные навыки или познание. После тестов врачи могут определить, какую роль играет эта сфера в нарушениях у пациента.

Опросники эмоциональной сферы (affective inventories) измеряют такие эмоции, как тревожность, депрессия и гнев (Beidel, Turner & Morris, 1995). При проведении наиболее часто применяемого теста на выявление аффектов — опросника депрессии Бека (Beck Depression Inventory), который представлен в таблице 3.1, оценивается то, насколько подавленно люди себя ощущают и как депрессия влияет на функции в различных сферах. Опросники социальных навыков (Social skill inventories) обычно применяются исследователями бихевиористического и социокультурного

направления. Респондентов просят указать, как бы они повели себя в различных социальных ситуациях (Wiggins & Trobst, 1997). Опросники, исследующие когнитивную сферу и ложные убеждения (Cognition inventories), выявляют в человеке типичные мысли и притворство, кроме того, с их помощью можно обнаружить дисфункциональный тип мышления, который может лежать в основе патологического поведения (Burgess & Naaga, 1994). Поэтому неудивительно, что подобные тесты часто используются практикующими специалистами и исследователями в области когнитивной психологии.

Опросник ответов — тест, предназначенный для оценки ответов индивида на темы, одной из специфических сфер функционирования, таких как аффект, социальные навыки или познавательные процессы.

Так как через опросники ответов информация получается непосредственно от респондента, то подобным тестам свойственна высокая очевидная валидность. За последние двадцать лет постоянно увеличивается число подобных тестов и количество врачей, которые их применяют. Однако такие опросники имеют значительные ограничения (Shedler et al., 1993). Они редко содержат вопросы, которые помогли бы выявить, насколько небрежны или неточны ответы испытуемых.

Более того, за исключением опросника Бека на выявление депрессий и некоторых других тестов, большинство подобных опросников не подвергалось тщательной стандартизации, и их надежности и валидности сомнительны (Sanderman & Ormel, 1992). Часто подобные опросники создаются в ответ на возникшую конкретную потребность, и их не проверяют на точность и полноту.

Психофизиологические тесты

Некоторые специалисты применяют **психофизиологические тесты**, при помощи которых физиологические реакции измеряются как возможные показатели психологических проблем (Stoyva & Budzynski, 1993). Интерес к подобным тестам возник, когда в некоторых исследованиях стали высказываться мысли о том, что состояния тревожности обычно сопровождаются физиологическими изменениями, а именно учащением ритма сердца, повышением артериального давления крови, повышением температуры, изменением кожно-гальванического рефлекса и сокращением мышц. Измерение физиологических изменений с тех пор стало играть важную роль при оценке многих психологических нарушений.

Психофизиологический тест — тест, при помощи которого измеряют физиологические реакции (такие как сердцебиение и напряжение мышц), в качестве возможных показателей психологических проблем.

Психофизиологические процедуры помогают при выявлении и решении медицинских проблем, таких как головные боли и гипертония (повышенное артериальное давление), которые связаны с психологическим состоянием человека. Как мы узнаем из 8-й главы, исследователи открыли, что подобные проблемы можно решить при помощи **биологической обратной связи**, методики, при которой пациенты получают точную информацию о том, как происходят основные физиологические реакции, а затем их постепенно обучают, как эти реакции контролировать (Blanchard, 1994; Stoyva & Budzynski, 1993). Например, когда пациенты с частыми приступами головной боли, связанной с напряжением мышц головы, подробно узнают об уровнях этого напряжения и учатся произвольно расслаблять данные мышцы, то приступы головной боли происходят реже.

Биологическая обратная связь — лечебная методика, при которой пациент получает точную информацию о том, как происходят основные физиологические реакции и его обучают, как можно их контролировать произвольно.

При проведении психофизиологических тестов, как и при проведении других клинических тестов, возникают некоторые проблемы. Многие из этих тестов требуют дорогостоящего оборудования, которое необходимо тщательно настраивать и обслуживать (Nelson, 1981). Помимо этого, психофизиологические измерения могут быть неточными и ненадежными. Лабораторное оборудование само по себе необычно, оно впечатляет, а иногда и пугает, что может возбудить нервную систему пациента и таким образом изменить его обычные физиологические реакции. Показатели физиологических реакций могут измениться и в том случае, когда измерения проводятся неоднократно в течение одного сеанса. Например, гальваническая реакция кожи часто снижается при повторном тестировании.

<**Психологические заметки.** Примерно 95% из того, что известно о мозге, получено за последние 10 лет (Roan, 1995).>

Нейрологические и нейропсихологические тесты

Некоторые проблемы личности или поведения индивида первоначально возникают из-за повреждений мозга или при изменениях мозговой деятельности. Травмы головы, опухоли мозга, дисфункция мозга, алкоголизм, инфекции и другие нарушения — все это может вызвать органические нарушения. Если предстоит серьезно лечить психическое расстройство, необходимо знать, не лежат ли в его основе какие-либо физиологические нарушения в мозгу (Mattis & Wilson, 1997).

Неврологический тест — тест, непосредственно измеряющий структуру или активность мозга.

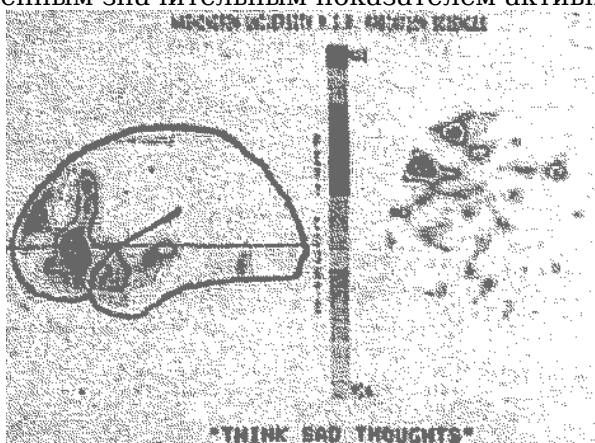
Нейропсихологический тест — тест, при помощи которого выявляются мозговые нарушения измерением когнитивных и моторных характеристик, а также способности восприятия.

Существуют методики, которые могут помочь при выявлении патологий мозга. В последнее время разработано несколько **неврологических тестов**, направленных на прямое измерение структуры мозга и его активности. Сюда относятся **аксиальная компьютерная томография** (*computerized axial tomogram, CAT scan*), при которой рентгеновские лучи принимаются от мозга под разными углами;

электроэнцефалография, при этой процедуре электрические импульсы мозга собираются при помощи проводов, прикрепленных к голове; **позитронная эмиссионная томография** (*positron emission tomogram, PET scan*), компьютерная запись уровня химической активности мозга, а также **магнитно-резонансная томография** (*MPT*) (*magnetic resonance imaging, MRI*), при этой процедуре используется особое магнитное свойство определенных атомов, входящих в состав тканей, чтобы воссоздать подробную картину структуры мозга (Janicak & Winans, 1997).

Будучи очень тонкими, подобные неврологические процедуры все-таки не всегда способны выявить скрытые патологии мозга. **Нейропсихологические тесты**, разработанные в последнее время, хотя и имеют менее непосредственный подход при обследовании, могут выявить больше результатов. При проведении нейропсихологических тестов, для выявления более широких проблем, связанных с мозгом, в качестве показателей оцениваются когнитивные и моторные характеристики, а также способность восприятия (Butters et al., 1995; Matarazzo, 1992). Повреждения мозга особенно сильно влияют на зрительное восприятие, кратковременную память и визуально-моторную координацию, поэтому при проведении тестов в основном обращается внимание на данные области.

<**Электроэнцефалограмма.** Электроды, прикрепленные к черепной коробке, выявляют электрические импульсы мозга. Затем эти импульсы превращаются в чернильные линии на вращающейся разграфленной бумаге, чтобы воспроизвести электроэнцефалограмму. Электроэнцефалограмма в приведенном примере измеряла колебания мозга 4-месячного ребенка, которого стимулировали показом игрушек, и она оказалась единственным значительным показателем активности мозга.>



Грусть и мозг. Позитронная эмиссионная томограмма (PET scan) человека с грустными мыслями показывает, какие области активности мозга соответствуют подобным изменениям настроения.

Визуально-моторный гештальт-тест Бендера (*Bender Visual-Motor Gestalt Test*), один из наиболее широко используемых нейропсихологических тестов, состоит из 9 карточек, на каждой из которых изображен простой рисунок (Bender, 1938) (см. рис. 3.3).

Участвующие в гештальт-тесте Бендера рассматривают по одному рисунки на карточках и копируют их на листке бумаги. Позже они пытаются вновь нарисовать по

памяти эти рисунки. К 12-ти годам большинство людей способны запомнить и воспроизвести эти рисунки. Заметные ошибки в точности изображения считаются отражением органических нарушений мозга. Данный тест способен выявить людей с органическими нарушениями в 75% случаев, что служит показателем высокой валидности (Heaton, Baade, & Johnson, 1978). Однако ни один нейропсихологический тест не способен точно отличить один специфический тип нарушений мозга от другого (Goldstein, 1990). Это является основным недостатком всех нейропсихологических тестов: в лучшем случае они оказываются довольно грубыми и общими сканирующими средствами при изучении неврологических проблем. Для того чтобы добиться большей точности и четкости, специалисты часто применяют серию, или *батарею*, нейропсихологических тестов, каждый из которых направлен на выявление специфических неврологических свойств.

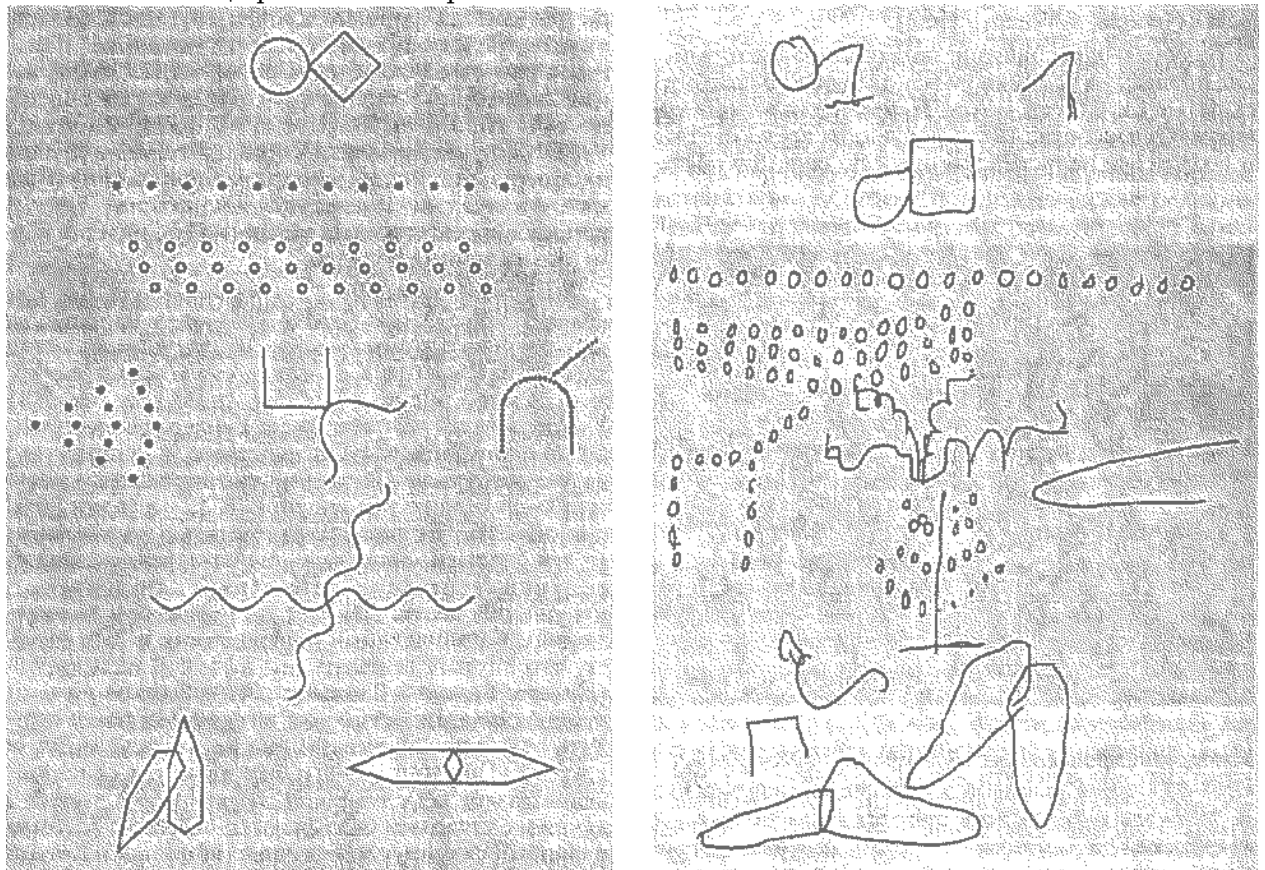


Рис. 3.3. Гештальт-тест Бендера (The Bender Gestalt Test). В процессе данного теста испытуемые копируют на листке бумаги каждый из 9 рисунков, а затем рисуют их вновь по памяти. Значительные ошибки в рисунке (как это видно справа на рисунке, сделанном человеком с повреждением мозга) могут отражать некие органические дисфункции мозга. (Взято из книги Lacks, 1984, p. 33.)

Нейропсихологическая батарея тестов Халстеда-Рейтана (Halstead-Reitan Neuropsychology Battery) и Лурия-Небрасская батарея тестов (Luria-Nebraska Battery) — это две наиболее широко применяемые серии тестов (Reitan & Wolfson, 1985; Halstead, 1947).

Батарея — серия тестов, каждый из которых измеряет проявления специфической области.

Тесты на выявление интеллекта

Не существует согласованно принятого точного определения природы интеллекта, хотя большинство педагогов и клинических специалистов в целом согласны с ранним определением: интеллект это «способность толково рассуждать, хорошо соображать и понимать» (Binet & Simon, 1916, p. 192). Так как интеллект скорее является осознанным качеством, чем определенным физическим процессом, то его можно измерять лишь косвенным путем. В 1905 году французский психолог Альфред Бине (Alfred Binet) и его помощник Теодор Симон (Theodore Simon) создали *тест на выявление интеллекта*, состоящий из серии задач, при решении требующих от индивида различных вербальных и невербальных навыков.

Тест на выявление интеллекта — тест, созданный для измерения умственных

способностей человека.

Общий результат, полученный при проведении названного и разработанных позднее тестов на выявление интеллекта, называется **коэффициентом умственного развития, или IQ**.

Сейчас существует более 100 тестов по выявлению интеллекта, включая широко используемые тесты, такие как *Интеллектуальная шкала Векслера для взрослых (Wechsler Adult Intelligence Scale)*, *Интеллектуальная шкала Векслера для детей (Wechsler Intelligence Scale for Children)*, а также *Интеллектуальная шкала Стенфорд-Бине (Stanford-Binet Intelligence Scale)*. Как будет рассмотрено в 15-й главе, тесты на выявление интеллекта играют важную роль при диагностировании умственной отсталости, а также помогают специалистам выявлять и другие психические проблемы (Hackerman et al., 1996; Skelton, Boik, & Madero, 1995).

Коэффициент умственного развития (IQ) — общий показатель, полученный при помощи тестов на выявление интеллекта, который рассматривается как предельный уровень интеллекта индивида.

Из всех клинических тестов тесты на выявление интеллекта проводятся наиболее тщательно. Подобные тесты стандартизированы на больших группах испытуемых, поэтому специалисты хорошо себе представляют, как соотносятся результаты каждого индивида с результатами большого количества людей. Тесты на выявление интеллекта также показывают и высокую надежность: люди, повторно прошедшие спустя несколько лет тот же самый тест IQ, получают примерно те же результаты (Kline, 1993). И, наконец, тесты IQ показывают довольно высокую валидность: результаты IQ у детей часто подтверждаются их успехами в школе (Ceci & Williams, 1997; Neisser et al., 1996).

<Вопросы для размышления. Как могли бы неправильно толковаться результаты теста IQ (коэффициента умственного развития) руководством школы, родителями или другими людьми? Как вы думаете, почему американское общество так интересуется понятием интеллекта и величиной IQ?>

<Пересмотренный вариант интеллектуальной шкалы Векслера для взрослых (The Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R)). Широко применяемый интеллектуальный тест содержит 11 предметов, которые охватывают такие области, как фактическая информация, память, словарный запас, арифметический счет, расчет, а также координация глаз—рука.>

Тем не менее тесты на выявление интеллекта имеют серьезные недостатки. На результаты теста могут сильно влиять факторы, не связанные с интеллектом, такие как низкая мотивация и высокая степень тревожности (Vander-Molen et al., 1995; Frederiksen, 1993, 1986). Кроме того, язык, темы или поставленные задачи могут помочь одним людям получить успешные результаты, а других отодвинуть на задний план (Suzuki & Valencia, 1997; Helms, 1992). Подобно этому члены каких-либо групп меньшинств могут не иметь опыта в проведении подобных тестов или же могут чувствовать себя неловко с проводящими тест представителями этнического окружения. Другими словами, их результаты могут пострадать.

Клинические наблюдения.

Кроме проведения интервью и тестов с индивидами, врачи могут систематически наблюдать их поведение (Sticker & Trierweiler, 1995).

При использовании одной из методик, которая называется **естественное наблюдение**, специалисты наблюдают своих пациентов в повседневной обстановке. При другой методике, а именно при проведении **формализованного наблюдения**, пациентов наблюдают в искусственной обстановке — это кабинеты специалистов или лаборатории. И, наконец, при **самонаблюдении** пациентов обучают умению наблюдать самих себя.

Естественные и формализованные наблюдения

Большинство естественных клинических наблюдений проводятся дома, в школах, в таких организациях, как больницы и тюрьмы, и в других общественных местах. При подобных наблюдениях основное внимание уделяется взаимоотношениям родители — дети, братья — сестры, учитель — ученик, а также агрессивному, разрушительному и пугающему поведению. Наиболее часто естественные наблюдения проводятся так называемыми **включенными наблюдателями**, наиболее значимыми людьми в окружении пациента, результаты наблюдения затем передаются специалисту. Когда естественное наблюдение не дает нужных результатов, специалисты могут наблюдать пациентов в специально созданной для наблюдения обстановке. Комнаты наблюдения при медицинских офисах или в лабораториях используются для

наблюдения взаимоотношений детей со своими родителями, ссорящихся супругов, людей, боящихся произносить речи во время произнесения речи, людей, испытывающих страх при приближении к пугающему объекту (Floyd, O'Farrell, & Goldberg, 1987; Field, 1977).

Несмотря на то, что специалистам очень помогает непосредственное наблюдение за поведением пациентов, клинические наблюдения имеют некоторые недостатки. Во-первых, подобные наблюдения не всегда надежны (Banister et al., 1994; Foster & Cone, 1986). Разные исследователи, наблюдая за одним и тем же человеком, могут обратить внимание на различные аспекты поведения, по-разному оценить этого человека и сделать неодинаковые выводы. Тщательная подготовка наблюдателей и применение контрольных списков наблюдения могли бы повысить уровень надежности наблюдений (Goodwin, 1995). Во-вторых, на надежность и точность наблюдений могут повлиять ошибки наблюдателей (Banister et al., 1994; Foster & Cone, 1986). Наблюдатель может быть очень перегружен работой, а это мешает ему наблюдать все важные события и поведение пациентов. Иногда при наблюдениях может проявиться «*пассивность наблюдателя*», которая заключается в том, что в результате усталости специалиста неуклонно снижается точность наблюдения или же происходит постепенное изменение критериев, принятых при наблюдении, что случается, если наблюдение проводится в течение слишком длительного периода (O'Leary & Kent, 1973). Другая возможность — это «*предвзятость наблюдателя*» — на оценки наблюдателя могут влиять информация и предположения, связанные с пациентом, которые ему уже известны (Goodwin, 1995; Shuller & McNamara, 1980).

Естественное (включенное) наблюдение — методика наблюдения за поведением, при которой врачи-клиницисты и исследователи наблюдают людей в их повседневной обстановке.

Формализованное наблюдение — методика наблюдения за поведением, при которой людей наблюдают в непривычной обстановке, в условиях медицинских офисов или лабораторий.

Реактивность индивида также может влиять на валидность клинических наблюдений, т. е. на поведение пациента может действовать само присутствие наблюдателя (Goodwin, 1995; Barker et al., 1994). Например, если школьники знают, что кто-то специально наблюдает за ними, они могут изменить свое обычное поведение в классе, возможно, чтобы произвести хорошее впечатление на наблюдателя.

И, наконец, при клинических наблюдениях может отсутствовать *межситуативная валидность*. Ребенок, который ведет себя в школе агрессивно, необязательно агрессивен дома или с друзьями после школы. Так как поведение часто специфично проявляется в определенных ситуациях, то наблюдения, проведенные в одних условиях, нельзя применить в другой обстановке (Simpson & Halpin, 1986).

Крупным планом

Угнетение, рабство и психическое здоровье: политика и диагноз

На всем протяжении истории стоящие у власти пользовались ярлыком «психически больной» при попытках контролировать людей, чьи взгляды являлись угрозой социальному порядку. В бывшем Советском Союзе это было обычной практикой. Там политическое несогласие считалось симптомом патологической функции мозга, и многие диссиденты отправлялись в психиатрические лечебницы.

При более тонком подходе культурные ценности страны могут повлиять на клинические оценки, сделанные специалистами. Историки Линн Гэмуэлл и Нэнси Томз (Gamwell & Tomes, 1995) отмечают, например, широко распространенное в Америке в XIX веке медицинское убеждение, что свобода приведет таких «примитивных людей», как коренные американцы, к безумию.

Действительно, медицинские эксперты того времени заявляли, что насильственное переселение некоторых племен в резервации было в интересах этих людей: это должно было, по их мнению, спасти индейцев от умопомешательства, которое грозило им в условиях свободного общества.

Медицинский служащий, под надзором которого проводилось «перемещение» племени чероки из родных мест в Оклахому, впоследствии с удовольствием отчитывался, что в течение всего времени перемещения 20 тысяч индейцев племени чероки (более 4-х тысяч из них умерло) он не наблюдал ни одного случая умопомешательства.

Рабовладельцам тоже хотелось верить, что рабам было психологически комфортно, а те, кто пытался бежать, или уже были безумны или близки к этому. Секретарь Штата Южная Каролина Джон Колхаун (John Colhoun) приводил в качестве свидетельства

перепись населения США 1840 года, которую проводило его ведомство: перепись почти не выявила на Юге душевнобольных рабов, но зафиксировала многих бывших рабов с душевным расстройством на севере страны. Колхаун утверждал: «Данные по умопомешательству, выявленные переписью, безупречны. Исходя из этого наша страна должна сделать вывод о том, что уничтожение рабства будет для африканских негров в Америке проклятием, а не благом».

Работы медицинских специалистов того времени подтверждали существующее убеждение. Один из специалистов утверждал, что некоторые виды умственного расстройства свойственны только американцам африканского происхождения, к таким заболеваниям относится и *драпетомания (drapetomania)* (от латинского слова *drapeta*, что означает «беглый») — навязчивое стремление к свободе, что приводит некоторых рабов к побегу. Любой раб, который пытался бежать более двух раз, считался умалишенным.

<Развенчивая медицинские мифы. Фредерик Дуглас (Frederick Douglass) (1818-1895) стал одним из ведущих аболиционистов после того, как освободился из рабства. В своей автобиографии «Мое рабство и моя свобода» он бросил вызов понятиям драпетомании и другим мифам XIX века о рабстве и умственной неуравновешенности.>

Драпетомания давно забыта, но взгляды, которые хранит история культуры, продолжают влиять на психологические оценки и категории. Многие специалисты признают, что на примере таких понятий, как «гомосексуализм», «фригидность» и «мазохистская личность» — которые рассматривались как клинические категории в течение большей части XX века — хорошо видно влияние на клиническую оценку и диагноз исторических культурных взглядов, существующих в нашем обществе.

Самонаблюдение

Как мы ранее отмечали, личностные опросники и опросники для получения ответов являются тестами, при которых люди сообщают о собственном поведении, чувствах или познавательных способностях. **Самонаблюдение** примыкает к подобным оценочным тестам, в этой процедуре пациенты наблюдают самих себя и подробно сообщают о частоте появления определенного поведения, чувств или проявления познавательных способностей, которые происходят за время наблюдения (Nietzel et al., 1994).

Самонаблюдение — методика для наблюдения за поведением, при которой пациенты наблюдают самих себя.

Самонаблюдение имеет некоторые преимущества (Barker et al., 1994). Во-первых, это может оказаться единственно возможным путем для наблюдения редко проявляющихся эффектов.

Во-вторых, данная методика удобна при наблюдении за поведением, например, курением, употреблением алкоголя или наркотиков — в подобных случаях очень часто может оказаться, что другой способ наблюдения просто невозможен. В-третьих, самонаблюдение — это единственный путь для наблюдения и оценки собственных мыслей и восприятий.

Однако, подобно другим клиническим оценочным методикам, самонаблюдение не лишено недостатков. И в этом случае валидность является проблемой (Barker et al., 1994). Люди не всегда получают точные инструкции по проведению подобного наблюдения и не всегда стараются точно сообщать о своих наблюдениях. Более того, когда люди наблюдают самих себя, они могут непреднамеренно изменить свое поведение. Например, курильщики при самонаблюдении выкуривают меньше сигарет, чем обычно (Kilmann, Wagner & Sotile, 1977), наркоманы реже принимают наркотики (Hay et al., 1977), а учителя ставят больше хороших, чем плохих оценок своим ученикам (Nelson et al., 1977).

Резюме

Практикующие врачи-клиницисты прежде всего интересуются сбором индивидуальной информации о своих пациентах. Они пытаются как можно полнее понять специфическую природу и происхождение проблем личности при помощи оценки.

Клиническая оценка. Большинство оценочных клинических методов можно разделить на 3 основных категории: клинические интервью, тесты и наблюдения. Интервью могут быть неформализованными или формализованными. Типы тестов включают проективные, психофизиологические, нейрологические, нейропсихологические тесты, а также тесты ответов и тесты на выявление интеллекта.

Типы наблюдения делятся на естественные и формализованные наблюдения, а также

на самонаблюдение.

Для того чтобы быть результативными, оценочные средства должны быть стандартизированы, надежны и валидны. Каждое из употребляющихся в настоящее время средств не обладает хотя бы одной из названных характеристик. Поэтому специалистам лучше пользоваться батареей оценочных методик.

Диагностика.

Когда специалисты заканчивают проведение интервью, тестов и наблюдения, им предстоит сделать основные выводы о пациентах (Stricker & Trierweiler, 1995). Эти выводы могут составить *клиническую картину*, то есть полную картину различных факторов, которые вызывают функциональные расстройства организма пациента (Tucker, 1998).

До некоторой степени выводы, которые делает клиницист, зависят от его теоретической ориентации. Врач, который занимался лечением Анжелы Саванти, придерживался бихевиористских взглядов на патологию, поэтому ее клиническая картина отражала формирующие и поддерживающие принципы, а также надежды, размышления и интерпретации Анжелы.

Анжела редко получала от матери поощрение за свои школьные успехи, но ее всегда ругали за все то, что, по мнению миссис Саванти, дочь выполняла плохо, будь то в школе или дома. Миссис Саванти неоднократно говорила своей дочери, что та ни на что неспособна и что все неудачи, которые происходят, связаны с ней самой, с ее недостатками. Когда мистер Саванти ушел из семьи, первой реакцией Анжелы было чувство, что она каким-то образом ответственна за этот уход. Из прошлого поведения матери Анжела научилась ждать, что ее могут в чем-то обвинить. В момент разрыва со своим женихом она не винила Джерри, а считала виноватой только себя. В результате уровень ее самооценки опустился еще ниже...

Супружеские отношения между отцом и матерью, их несогласие и ссоры, которые наблюдала Анжела, составили ее представление о семейной жизни. Из своих наблюдений Анжела сделала вывод о том, что такие же отношения в конце концов ждут ее и Джерри.

Неуверенность Анжелы усилилась после того, как она лишилась основного источника поддержки, которую ей давали отношения с Джерри. Несмотря на то, что девушку терзали сомнения, выходить ей замуж или нет, ей доставляло большое удовольствие общаться с Джерри.

Какие бы чувства ни испытывала Анжела, она могла разделить их только с Джерри и ни с кем другим. Анжела определила разрыв их взаимоотношений со стороны Джерри как доказательство того, что она недостойна интереса другого человека. Она представляла себе, что случившееся несчастье будет продолжаться, и связывала это с какой-то своей ошибкой. В результате у Анжелы началась сильная депрессия. (Leon, 1984, p. 123-125).

Когда данные оценки получены и составлена клиническая картина, врачи могут поставить **диагноз** (греческое слово *diagnosis* означает «умение разбираться») то есть они устанавливают, что психологические проблемы инвалида являются определенным типом расстройства (см. рис. 3.4). Когда врачи решают, поставив диагноз, что тип дисфункции отражает некое определенное расстройство, они могут сообщить, что подобный тип заболевания был выявлен у многих других людей, что этот тип заболевания был предметом изучения многих исследовательских работ и что он, возможно, будет поддаваться особым формам лечения (Bourgeois, 1995). Врачи смогут использовать в лечении все то, что известно о лечении подобного заболевания, чтобы помочь своему пациенту. Они, например, могут лучше прогнозировать течение болезни пациента и подобрать лечение, которое может оказаться эффективным.

Без расстройств	52%
Одно расстройство	21%
Два расстройства	13%
Три и более	14%

Рис. 3.4. Сколько людей в Соединенных Штатах в течение своей жизни диагностировались по системе DSM? По сообщениям одного обзора почти половина. Некоторые из них перенесли два или более расстройств, явление, известное как сопутствующий патологический процесс (*comorbidity*). (Адаптировано по Kessler et

al., 1994.)

Диагноз — определение того, что проблемы индивида отражают определенное расстройство.

Системы классификации.

Принцип, лежащий в основе диагноза, прост. Когда определенные симптомы проявляются вместе (сочетание симптомов называется *синдромом*) в течение определенного периода, врачи считают, что эти симптомы составляют специфическое психологическое расстройство. Когда у людей проявляется определенное сочетание симптомов, диагносты относят их к определенной категории. Список таких категорий с описанием симптомов и указаниями о том, как относить расстройства индивидов к определенным категориям, называется **классификационной системой**.

Синдром — сочетание симптомов, которые обычно проявляются вместе.

Система классификации — перечень расстройств с описанием симптомов и указаний по постановке соответствующего диагноза.

В 1883 году Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin) разработал первую современную классификационную систему патологического поведения (см. Главу 1). Его категории легли в основу психологической части **Международной классификации болезней (ICD)**, классификационной системы, которая в настоящее время используется Всемирной организацией здравоохранения (World Health Organization) (Jablensky, 1995). Выше названные категории повлияли и на создание **Диагностического и статистического руководства психических расстройств (DSM)**, классификационной системы, разработанной Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association).

Международная классификация болезней (МКБ, ICD) — система классификации физических и психических расстройств, которые применяются Всемирной организацией здравоохранения.

Диагностическое и статистическое руководство психических расстройств (DSM) — система классификации психических расстройств, разработанная Американской психиатрической ассоциацией. *DSM-IV* — четвертое, находящееся в настоящее время в обращении издание Диагностического и статистического руководства психических расстройств.

С течением времени как система DSM, так и ICD претерпели изменения. Сейчас в Соединенных Штатах современное издание DSM-IV (APA, 1994) является наиболее широко используемой системой классификации. Описание психических расстройств, представленных в данной книге, соответствуют категориям этого варианта системы (см. в Приложении «Диагностическая таблица DSM»).

<Нормальное поведение. Преобладающая симптоматика: характеризуется ненарушенными функциями в профессиональной, социальной и сексуальной сферах в течение года или дольше. В течение этого периода у индивида нет ни невротических, ни психотических симптомов, т. е. он не испытывает тревожности, депрессии, галлюцинаций, навязчивых идей. Суждения трезвы, самооценка высокая. Начальный возраст: рождение. Обычно этот диагноз ставился в начале XX века, сейчас такое состояние наблюдается редко.

Нормальное состояние кончилось? По мере того как расширяется перечень психических расстройств, некоторые клинические исследователи считают, что нормальное поведение все чаще рассматривается как сомнительное отсутствие проявления патологии (® by Doug Milman and Gerlad Mayerhofer, Are You Normal?, New York: Quill).>

Патология и искусство

История Давида Хелфготта: Когда ярлыки не действуют

Звезда австралийского пианиста Давида Хелфготта (David Helfgott) вспыхнула на мировой сцене зимой 1997 года. История его превращения из талантливого мальчика-пианиста в нервного, неуравновешенного юношу и, наконец, во вдохновенного концертного исполнителя рассказана в популярном кинофильме «Блеск» («Shine»). Положение пианиста волновало людей во всем мире, его игра завораживала, его концерты, билеты на которые распродавались полностью, посещало много людей. Каждый, кто видел фильм «Блеск», знаком с симптомами Хелфготта, включая его порывистые, неоднократные обьятия, сверхбыстрые объяснения и разговор с самим собой, например, «Это ужасно, это ужасно, это ужасно...», «Улыбайтесь, улыбайтесь, все улыбайтесь» (Chang & Gates, 1997 p. 62). Меньше ясности в том, к чему отнести эти симптомы. Обозреватели туманно намекали на психическое или нервное расстройство. Жена пианиста Джиллиан предпочитает считать его «восхитительно

оригинальным». Психиатр Хелфготта отмечает, что «он не аутист, он не шизофреник, и его состояние можно назвать маниакальным скорее на словах, чем подтвердить клинически» (Chang & Gates, 1997, p. 63). Похоже, что отсутствие четкого диагностического ярлыка никого не волнует. Пожалуй, это прибавляет Хелфготту шарма и только усиливает восхищение публики.

<Вопросы для размышления. Почему проблема с четким диагнозом состояния Хелфготта столь сложна? Как может отсутствие диагностического ярлыка помочь людям видеть в Хелфготте личность, а не человека с психическим расстройством?>

DSM-IV.

В перечне DSM-IV содержится приблизительно 400 психических расстройств. Каждая запись содержит описание критериев диагностирования заболевания и его основные клинические признаки — признаки, которые типичны для заболевания. В списке также описываются сопутствующие признаки, которые проявляются часто, но не всегда, а также особенности возраста, культуры и пола. И, наконец, включены сведения о распространенности заболевания, о риске, о течении заболевания, осложнениях, предрасположенности, проявлениях в семье.

Когда врачи используют DSM-IV для того, чтобы поставить диагноз, им необходимо оценить состояние пациента по пяти разделам (категориям) информации, представленной в данной системе. Подобное требование заставляет врачей рассматривать и использовать большой объем результатов наблюдений и других данных. Во-первых, они должны решить, одно или больше заболеваний выявлено у индивида по 1-й категории (Axis I), которая представляет собой обширный перечень клинических синдромов, которые обычно являются причиной многих расстройств.

Некоторыми из наиболее распространенных расстройств, перечисленных в I категории (Axis I), являются расстройства, связанные с тревожностью и сменой настроения — проблемы, которые будут рассмотрены в последующих главах:

Расстройства, связанные с тревожностью. Тревожность является основным видом нарушений в этой группе расстройств. Люди испытывают различные беспокойства и тревоги (тревожность). Тревожность проявляется при особых ситуациях или перед особыми целями (фобии), люди переживают периоды паники (паническое расстройство), их преследуют навязчивые мысли или навязчиво повторяющееся поведение, а иногда и то и другое вместе (состояние навязчивых идей), или это затяжные реакции тревожности на необычные травматические события (острое стрессовое расстройство или посттравматическое стрессовое расстройство).

Расстройство поведения. Для расстройств этой группы характерны серьезные нарушения в поведении. Люди в течение длительного периода чувствуют крайне подавленное или, наоборот, слишком приподнятое настроение. К таким расстройствам относятся *депрессия* и *биполярные расстройства* (при которых периоды *мании* чередуются с периодами депрессии).

Далее диагносты должны определить, выявляется ли у индивида одно из расстройств по II категории (Axis II), куда включаются проблемы длительного характера, которые часто упускают из вида на фоне расстройств из I категории (Axis I). Только две группы расстройств относятся ко II категории (Axis II): **умственная отсталость** и расстройство личности. Эти виды расстройств мы также рассмотрим в последующих главах.

Умственная отсталость — люди с таким расстройством к 18 годам показывают ниже среднего умственные способности и способности к адаптации.

Расстройства личности. Люди с такими расстройствами показывают слишком большую негибкость и неспособность к адаптации в своем внутреннем опыте, а также во внешнем поведении, которые длятся в течение многих лет. Люди с социальными расстройствами личности («антисоциальная личность») постоянно игнорируют и нарушают права других людей. Те люди, чье расстройство называется «зависимая личность» (dependent personality disorder), постоянно зависят от других, цепляются за других, покорны им и очень боятся потерять эту связь.

Хотя обычно людям ставят диагноз в соответствии с I категорией или со II категорией (Axis I или Axis II), диагноз может быть поставлен и на основании данных из обеих категорий. Анжеле Саванти поставили бы первый диагноз по I категории (Axis I) — депрессия (одно из расстройств настроения). Давайте дополнительно предположим, что врач считает, что в рассказе о своей жизни Анжела отразила зависимость поведения. В этом случае ей бы поставили диагноз в соответствии со II категорией (Axis II) — зависимость личности.

Оставшиеся категории системы DSM-IV предоставляют врачам другие факторы. III

категория (Axis III) включает информацию об общем физическом состоянии индивида, которое может беспокоить его в данное время. IV категория (Axis IV) содержит информацию о специальных психосоциальных проблемах или проблемах окружения, с которыми сталкивается человек, это могут быть школьные или семейные проблемы. V категория (Axis V) собирает информацию об *общей оценке функционирования (GAF)* — это общая оценка психологической, социальной и профессиональной активности пациента.

Если бы у Анжелы Саванти, к примеру, был диабет, врач мог включить этот факт в информацию III категории (Axis III). Факт разрыва отношений Анжелы со своим женихом мог быть отмечен в IV категории (Axis IV). Из-за того, что во время постановки диагноза у Анжелы наблюдались признаки легкого расстройства социального функционирования, оценка ее активности по V категории (Axis V) составляет примерно 55 GAF, что соответствует среднему уровню дисфункции. Полный диагноз Анжелы Саванти был бы таким:

I категория (Axis I) : Депрессия

II категория (Axis II): Зависимая личность

III категория (Axis III): Диабет

IV категория (Axis IV): Проблема, связанная с социальным окружением (расторжение помолвки)

V категория (Axis V): GAF = 55.

<Психологические заметки. Семейные врачи-терапевты выявляют менее одной трети всех клинических расстройств, с которыми они сталкиваются. Большинство невыявленных случаев заболевания имеют слабые симптомы. Врачи обычно правильно определяют лишь пациентов, страдающих от главного расстройства — депрессии (Coyne, Schwenk & Fechner-Bates, 1995).>

Надежность и валидность классификации.

О классификационной системе, как и о методе оценки, судят по ее надежности и валидности. В данном случае *надежность* проявляется в том, что различные диагносты соглашались с тем, что тип наблюдаемого поведения следует отнести к данной категории. Первоначальные версии системы DSM в лучшем случае имели умеренную надежность (Nietzel et al., 1994; Kirk & Kutichins, 1992). В начале 60-х годов четыре врача, полагаясь на систему DSM-I, независимо провели интервьюирование 153 пациентов (Beck et al., 1962). Только 54% поставленных ими диагнозов совпали. Так как все четыре врача были опытными диагностами, то неудача в согласованности при постановке диагнозов наводила на мысль о недостатках классификационной системы. Система DSM-IV показала наивысшую надежность по сравнению с любым из предшествующих вариантов (APA, 1994). Разработчики нового варианта начали с внимательного изучения материалов, чтобы выявить, какие категории из предыдущих вариантов системы туманны и ненадежны (Livesley, 1995; APA, 1994). После разработки новых диагностических критериев авторы провели *полевые испытания (field trials)*, чтобы убедиться, что новые критерии и категории действительно надежны. Однако многие клиницисты считают, что следует подождать, пока система DSM-IV будет более широко использована и проверена, прежде чем будут сделаны выводы о ее надежности (Klein, 1995; Kirk & Kutichins, 1992).

Валидность классификационной системы — это точность информации, которую предоставляют диагностические категории данной системы. Для врачей важны те категории, которые обладают *прогностической валидностью*, т. е. когда категория в системе помогает прогнозировать будущие симптомы или проявления. К примеру, общим симптомом основных депрессивных расстройств является или бессонница или избыточный сон (гиперсомния). Когда врачи поставили Анжеле Саванти диагноз «депрессия», они ожидали, что у нее со временем появятся проблемы со сном, хотя их и не было в настоящее время. Еще врачи надеялись, что ей поможет лечение, которое оказалось эффективным для других пациентов с депрессией. Чем чаще подобные прогнозы оказываются точными, тем выше прогностическая валидность категорий данной системы.

Разработчики DSM-IV пытались повысить валидность этой новейшей версии DSM, снова изучая исследовательские материалы и проводя многочисленные испытания. Итак, новые критерии и категории системы DSM-IV, возможно, имеют более высокую валидность, чем более ранние версии DSM, но как и надежность DSM-IV, так и ее валидность требует еще обширной проверки (Tucker, 1998; Clark, Watson & Reynolds, 1995).

<Психологические заметки. Перепись в Соединенных Штатах 1840 года называла

только одну категорию психического расстройства — «идиотизм/безумие». В переписи 1880 года было перечислено 7 категорий. Когда в 1952 году появилась DSM-I, в нее было включено 60 категорий. Сейчас в DSM-IV перечислено 400 категорий.>

Опасность ошибочных диагнозов и диагностических ярлыков.

Даже при наличии оценочных данных, заслуживающих доверия, а также надежных и валидных классификационных категорий врачи иногда могут прийти к ложному заключению (Stricker & Trierweiler, 1995; Nietzel et al., 1994). Как и любые другие люди, при сборе информации врачи похожи на неотлаженные процессоры.

Исследования показывают, что они придают слишком большой вес первой полученной информации и меньше ценят ту, которую получили позже (Meehl, 1960). В дополнение к этому врачи иногда придают слишком большое значение некоторым определенным источникам информации, таким как сообщение родителей о своем ребенке, и не обращают внимания на точку зрения самого ребенка (McCooy, 1976). И, наконец, на их суждения могут влиять личные предубеждения — пол, возраст, раса, социоэкономический статус, список можно продолжить (Whaley, 1998; Strakowski et al., 1995; Jenkins-Hall & Sacco, 1991).

<Сила наклеенного ярлыка. Разглядывая эту фотографию конца XIX века, на которой изображена бейсбольная команда Гомеопатической психиатрической лечебницы в городе Миддлтаун, штат Нью-Йорк, многие считают, что команда игроков состоит из пациентов. Они даже «видят» депрессию и смятение на лицах и в позах игроков. В действительности игроки — это сотрудники из числа персонала больницы, некоторые из них даже старались специально устроиться на эту работу, чтобы играть в больничной команде.>

Поэтому не вызывает большого удивления, что иногда при научном изучении находят ужасающие ошибки в поставленных диагнозах, особенно в больницах (Chen, Swann, & Burt, 1996). В одной работе сообщалось, что в Нью-Йоркской психиатрической больнице команду врачей-клиницистов попросили переоценить выбранные наугад медицинские карты 131 пациента, провести беседы с этими пациентами и поставить в каждом случае диагноз (Lipton & Simon, 1985). После проведенной работы исследователи сравнили вновь поставленные диагнозы с первоначальными. Хотя 89 пациентам первоначально был поставлен диагноз шизофрении, только 16 получили такой диагноз при переоценке. Тогда как только 15 пациентов имели первоначальный диагноз «расстройство настроения», при переоценке этот диагноз был поставлен 50 пациентам. Врачам важно знать, что встречаются большие диагностические несоответствия. Кроме возможных ошибок при постановке диагноза сама процедура классификации при диагностировании людей может привести к неожиданным результатам. Как мы отмечали во 2-й главе, многие теоретики социокультурного направления считают, что диагностические ярлыки могут стать самоисполняющимися пророчествами (Scheff, 1975; Rosenhan, 1973). Когда людям ставят диагноз психического расстройства, окружающие могут начать смотреть и реагировать на них соответственно такому ярлыку. Если другие воспринимают их как слабоумных и ждут от них, что они будут играть роль больных, они могут начать считать себя больными и будут вести себя как больные. Так как пророчество сбывается, ярлык «пациент» кажется оправданным.

<Психологические заметки. В последние годы психиатрические ярлыки стали названиями многих рок-ансамблей: 10000 Maniacs (10000 маньяков), Suicidal Tendencies (Склонность к самоубийству), Xanax 25 (Ксанакс 25), Mental as anything (Психи, если хотите), Jane's addiction (Наркомания Джейн), Therapy (Терапия), Psychotica (Психотика), Multiple Personalities (Раздвоенные личности), Self-Haters Orchestra (Оркестр самоненавистников).>

Более того, наше общество ставит позорное клеймо на патологию (Raguram et al., 1996). Людям, которые отнесены к категории психических больных, трудно устроиться на работу, особенно на ответственную, или войти в какой-то новый круг социального общения. Однажды присвоенный, ярлык может прилипнуть к ним надолго.

Из-за таких проблем некоторые врачи хотели бы отказаться от диагнозов. Другие с этим не согласны. Они считают, что мы просто должны работать, чтобы расширять то, что известно о психических расстройствах, и улучшать методику диагностирования (Chen et al., 1996; Akiskal, 1989). Они полагают, что классификация и диагноз крайне необходимы для понимания и лечения больных людей (Reid, 1997).

Резюме

После сбора и интерпретации оценочной информации клиницисты составляют картину заболевания и подходят к постановке диагноза. Диагноз выбирается по

классификационной системе. В Соединенных Штатах самой широко используемой системой является «Диагностическое и статистическое руководство психических заболеваний» (DSM).

DSM-IV. Самой последней версией системы DSM является система, известная как DSM-IV. Врачи должны оценить состояние пациента по пяти разделам или категориям информации (Axes). Так как система DSM-IV новая, ее надежность и валидность должны еще получить обширную клиническую проверку.

Опасность. Даже при наличии оценочных данных, заслуживающих доверия, а также надежных и валидных классификационных категорий клиницисты не всегда приходят к правильному заключению. Более того, вред, который наносят диагностические ярлыки, может оказаться губительным для диагностируемого человека.

Лечение.

В течение 10 месяцев Анжелу Саванти лечили от депрессии и сопутствующих симптомов. В течение этого периода ей стало значительно легче, как видно из следующей записи:

Депрессия Анжелы стала не такой глубокой по мере того, как она начала делать успехи в лечении. За несколько месяцев до окончания лечения она возобновила встречи с Джерри. Анжела обсуждала с Джерри то, что она находит успокоение в выражении своих чувств, и высказывала надежду, что Джерри станет более откровенным с ней. Они говорили о причинах, которые в прошлом вызывали у Анжелы чувство раздвоенности в отношении к замужеству, и вновь заговорили о возможности брака. Джерри, однако, не требовал установления определенной даты, а Анжела чувствовала, что она не так боится замужества, как это было раньше...

Психотерапия дала Анжеле возможность научиться выражать свои чувства к людям, с которыми она общалась, и это было очень полезно для нее. Важно, что она смогла сделать выводы из обучающего опыта терапии и выработать свою собственную модель поведения в возобновленных отношениях с Джерри. Анжеле еще предстоит проделать большой путь для изменения характерных для нее взаимоотношений с другими людьми, но она уже сделала некоторые важные шаги в потенциально более удачном направлении. (Leon, 1984, p. 118, 125)

Лечение явно помогло Анжеле, и к его завершению она стала более счастливым, более деятельным человеком, чем та женщина, которая впервые обратилась за помощью 10 месяцев назад. Но как удалось лечащему ее врачу выбрать программу лечения, которая оказалась столь полезной для Анжелы?

Выбор лечения.

Врач начал с оценки информации. Зная природу и причины проблем, которые беспокоили Анжелу, врач на основе информации мог принять решение о лечении. Врач также принял в расчет диагностическую информацию и выбрал метод лечения, который, как было известно, помогал в случаях с депрессией.

На выбор методики лечения влияют также и другие факторы. Планы лечения являются типичным отражением теоретической ориентации врачей и той методики, к которой они привыкли при лечении. Как только врач начинает применять эффективную модель лечения, он ближе и ближе знакомится с ее принципами и методикой и стремится использовать ее в дальнейшей работе со своими пациентами (Goldfried & Wolfe, 1996).

Результаты научного исследования тоже могут иметь значение. Многие клиницисты говорят, что они расценивают исследование как руководство к практической работе (Beutler et al., 1995). Однако в действительности не все врачи читают научные статьи, поэтому опубликованные научные исследования не могут оказать на них непосредственное влияние (см. рис. 3.5). Действительно, если судить по сообщениям, современные врачи собирают основную информацию о новейших достижениях в своей области от коллег, из профессиональных информационных бюллетеней, на семинарах, конференциях, из книг и т. п. (Goldfried & Wolfe, 1996; Beutler et al, 1995). Однако точность информации и польза от названных источников очень различается.

Источник психотерапевтической информации	Врачи, которые находят эти источники наиболее полезным в своей работе, %
--	---

Опыт общения с пациентами	48
Популярные книги и статьи	10
Опыт пациента	8
Практические сведения	7
Наблюдение и консультация	7
Исследовательские сведения	6
Обсуждения с коллегами	5
Научные книги и статьи	4
Личное исследование	3

Рис. 3.5. Какие источники информации о психотерапии практики-клиницисты считают для себя наиболее полезными? По сведениям одной обзорной статьи, почти половина всех врачей чаще всего полагается на опыт общения со своими пациентами. Врачи-практики в принципе ценят научные данные, но относительно немногие в своей работе полагаются главным образом на психотерапевтические исследовательские данные, книги или научные статьи или на свою исследовательскую работу (Morrow-Bradley & Elliot, 1986, адаптировано).

И, наконец, при выборе лечения на врачей может повлиять общее состояние знания в клинической области. Что мы знаем в настоящее время о лечении и эффективности лечения? И какие возможности можно использовать для решения конкретных лечебных проблем? Ответы на такие вопросы не всегда ясны.

<Вопросы для размышления. Как могут люди принять разумное решение относительно выбора врача и методики лечения, когда они ищут врачебной помощи? Какую информацию должны предоставлять пациенту врачи о методике лечения и о своей профессиональной подготовке?>

Эффективность лечения.

В целом в настоящее время в клинической практике используются около 400 форм лечения (Garfield & Bergin, 1994; Karasu, 1992).

Возможно, поэтому самым важным вопросом о лечении будет вопрос, действительно ли лечение дает те результаты, какие предполагалось получить (Lichtenberg & Kalodner, 1997). Действительно ли, что определенное лечение реально помогает людям преодолеть их психологические проблемы? На первый взгляд, вопрос может показаться простым. На самом деле это один из наиболее сложных вопросов, на который должны ответить клинические исследователи (Strupp, 1996; Persons, 1991). Первая трудность заключается в том, как *определить* «успешность» лечения (Strupp, 1996, 1989). Если, как предполагает лечащий врач Анжелы, ей еще предстоит после завершения лечения многое сделать для улучшения своего состояния, то можно ли считать ее лечение успешным?

Вторая проблема заключается в том, как измерить улучшение состояния? (Sechrest, McKnight, & McKnight, 1996; Strupp, 1996). Должны ли исследователи одинаково оценивать сообщения пациентов, их друзей, родственников, лечащих врачей и учителей? Должны ли они использовать шкалы измерений, опросники, интуицию врача, наблюдения или какие-то другие способы измерения?

Возможно, самой большой трудностью в выявлении эффективности лечения является определение степени точности и сложности методов лечения, которые используются в настоящее время. Люди различаются своими проблемами, чертами личности, а также мотивацией при обращении за помощью к врачу. Врачи отличаются умением, опытом, ориентацией и личностью (Garfield, 1998). Методики терапии отличаются теоретической основой, размером и тактикой проведения. Так как на прогресс лечения пациента влияют названные факторы и многие другие, то данные, полученные в отдельном исследовании, не всегда могут использовать другие врачи и применять их на других больных. Точные процедуры исследований сталкиваются с некоторыми из этих проблем. Используя контрольные группы, делая случайные назначения, подбирая парных пациентов, врачи могут делать определенные выводы о различных типах лечения. Однако даже в хорошо разработанных исследованиях сложность лечения мешает сделать окончательные выводы (Kazdin, 1994).

Несмотря на трудности, оценка эффективности методик лечения все же должна производиться, и во главе этой работы должны стоять исследователи-клиницисты

(Beutler, 1998; Kendall, 1998; Lambert & Bergin, 1994). Необходимо провести сотни исследований, особенно посвященных *результатам лечения*, по которым измеряется эффективность различных типов лечения, и проанализировать их в критических обзорах для того, чтобы сделать окончательные выводы. Исследования обычно отвечают на один из трех вопросов:

1. Эффективна ли терапия в целом?
2. Эффективны ли в целом *определенные виды терапии*?
3. Эффективны ли *определенные виды (техники, приемы) терапии* для решения *определенных проблем*?

Эффективна ли терапия в целом?

В исследованиях высказывается мысль о том, что часто терапия оказывается более полезной, чем отсутствие лечения или плацебо (Hoollon, 1996; Lambert & Bergin, 1994). В одном из первых проведенных критических обзоров анализировалось 375 точно выполненных научных исследований, охватывающих в общем почти 25000 человек, в лечении которых использовались разнообразные методики лечения (Smith, Glass & Miller, 1980; Smith & Glass, 1977). Обозреватели объединили данные из анализируемых исследований, используя специальную статистическую методику, которая называется *метаанализ*. Они вычислили в процентном отношении улучшение состояния каждого пациента, получавшего лечение, и каждого контрольного индивида, не получавшего лечения, и измерили среднюю разницу между двумя группами. По данным этого статистического анализа в среднем человек, получавший лечение, улучшил свое состояние на 75% по сравнению с контрольными индивидами, не получившими лечения (см. рис. 3.6). Другие метаанализы выявили похожую взаимосвязь между лечением и улучшением состояния (Lambert, Weber, & Sykes, 1993; Crits-Cristoph et al., 1991).



Рис. 3.6. Помогает ли терапия? Объединив результаты сотен работ, исследователи обнаружили, что средний индивид, который получал психотерапевтическое лечение, улучшил свое состояние больше, чем это сделали 75% всех пациентов с подобными проблемами, которые не получали лечения (Адаптировано по книгам Lambert, Weber & Sykes, 1993; Smith, Glass & Miller, 1980; Smith & Glass, 1977).

<«К счастью, психоанализ не является единственно возможным путем решения внутренних конфликтов. Сама жизнь все еще остается очень эффективным врачом.» — Карен Хорни (Karen Horney), «Наши внутренние конфликты» 1945.> Несколько лет тому назад широко читаемый журнал Consumer Reports также провел анализ. Журнал обратился к читателям с просьбой сообщить о своем опыте лечения и удовлетворенности от него (Seligman, 1995). Ответы прислали более 4000 читателей, которые тоже считали, что лечение часто было полезным или, по крайней мере, удовлетворительным. Около 54% респондентов были в «очень плохом состоянии», когда они впервые обратились за лечением, и им терапия «помогла очень значительно».

Некоторых врачей беспокоит важный вопрос: Может ли терапия быть вредной? Даже Фрейд считал, что терапия обладает такой возможностью (Kardiner, 1977), и в некоторых исследованиях отражено, что состояние небольшого процента пациентов ухудшается из-за терапии (Lambert & Bergin, 1994; Mays & Franks, 1985). Старые симптомы у таких больных становятся более интенсивными или развиваются новые (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Hadley & Strupp, 1976).

Эффективны ли специальные методы лечения?

В исследованиях, которые мы анализировали, все виды терапии перемешаны, поэтому можно оценивать лишь их общую эффективность. Однако многие исследователи считают неправильным рассматривать все терапевтические направления одинаково. Один критик высказал мысль о том, что подобные исследования проводятся под знаком *мифа о «единообразии»* — ошибочное представление о том, что вся терапия

равноценна, независимо от подготовки, опыта, теоретической направленности врача и его личности (Kiesler, 1995, 1966).

Поэтому эффективность определенных методов лечения анализируется при альтернативном подходе. Исследования подобного типа обычно выявляют основные методы вмешательств, которые действуют лучше, чем отсутствие лечения или плацебо (Prochaska & Norcross, 1994). В некоторых других исследованиях сравнивались между собой различные специальные методы лечения и было установлено, что ни одна из форм терапии не выделяется среди других (Seligman, 1995; Luborsky et al., 1975).

Если различные виды терапии имеют одинаковую степень успеха, то будут ли они успешны, если их применять вместе? **Движение сближения** пытается выявить набор общих стратегий, которые были действенны в работах всех врачей, добившихся успеха, независимо от специфической ориентации врача (Drozd & Goldfried, 1996; Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Рассмотрение работ врачей, добившихся наиболее успешных результатов, показывает, что обратная связь чаще всего помогает пациентам сосредоточиться на своих мыслях и поведении, а также дает возможность врачу понять свои взаимодействия с пациентом и попытаться ему помочь. Короче говоря, врачи, добивающиеся успешных результатов в своей практической работе, могут пользоваться одинаковыми методиками в отличие от теорий, которых они придерживаются (Korchin & Sands, 1983).

Движение сближения (*rapprochement movement*) — попытка собрать общие методики, которые проходят по работам всех эффективно работающих лечащих врачей.

Крупным планом

Этнические меньшинства и система психического здоровья

Исследователи и врачи-практики в последнее время стали интересоваться представителями групп этнических меньшинств, которые нуждаются в службе психологической помощи. Если взять, например, американцев африканского происхождения или коренных американцев (индейцев), то они также часто, как и белые американцы, обращаются в службу психического здоровья, представители же других этнических групп, а именно американцы азиатского и испанского происхождения, меньше обращаются в такие учреждения (Flaskerud & Hu, 1992; Sue, 1991, 1977). Следует добавить, что афроамериканцы, злоупотребляющие наркотиками или алкоголем, реже обращаются за лечением, чем белые американцы с подобными проблемами (Booth et al., 1992; Longshore et al., 1992).

Несколько факторов приводят к тому, что представители этнических меньшинств не полностью используют службу психического здоровья. Культурные традиции, языковой барьер, отсутствие информации об имеющихся службах иногда мешают представителям меньшинств обращаться за помощью. Более того, многие представители национальных меньшинств просто не доверяют медицинским учреждениям, а полагаются на средства, которые традиционны в их непосредственном социальном окружении. Некоторые американцы испанского происхождения верят в духов: злые духи якобы могут вселиться в человека и вызвать психические расстройства, а добрые духи — излечить эти болезни (Rogler, Malgady, & Rodriguez, 1989). Такие люди будут искать помощь не у врачей, а у народных целителей, членов семьи и друзей.

Проведенные исследования показали, что более высокий процент афроамериканцев, индейцев, американцев азиатского и испанского происхождения не обращаются за лечением по сравнению с белыми американцами (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Обнаруженные данные могут быть связаны с экономикой. Обычно не обращаются за врачебной помощью люди из бедных слоев, а представители этнических меньшинств в среднем имеют более низкие доходы. Можно добавить, что представители таких групп могут отказаться от лечения, поскольку не чувствуют, что лечение им помогает, или из-за того, что национальные и культурные различия мешают им установить доверительные отношения с врачом (Whaley, 1998; Sue, 1991).

В Калифорнии изучали подростков до 20 лет, и это дало новые сведения о том, что подростки испанского, азиатского и африканского происхождения обычно лечатся в общественных больницах, тогда как белые подростки — в частных психиатрических лечебницах (Mason & Gibbs, 1992). Единственным объяснением этого различия является то, что белые американские подростки, вероятно, имеют такие возможности медицинского страхования, которые могут обеспечить оплату лечения в частных клиниках (Mason & Gibbs, 1992).

В последнее время врачи разработали несколько лечебных методик, учитывающих культурные различия пациентов, которые адресованы членам этнических меньшинств (Prochaska & Norcross, 1994; Watkins-Duncan, 1992). Такой подход к лечению часто включает некоторые характерные особенности, а именно попытки 1) помочь повысить членам этнической группы осознание того, как влияет основная культура страны на их собственную культуру, на их взгляды и поведение; 2) помочь этим индивидам выразить подавляемое раздражение и как-то поладить со своими страданиями; 3) помочь им сделать выбор, который бы работал на них, а также находить общее в двух культурах и сохранять равновесие, которое подходило бы для них.

В то же самое время стало увеличиваться количество исследовательских работ о лечении людей из групп этнических меньшинств. В этой области исследования появились некоторые новые перспективы (Whaley, 1998; Prochaska & Norcross, 1994; Sue, Zane & Young, 1994):

1. Группы этнических меньшинств в целом не получают полного обслуживания в системе психического здоровья.
2. По результатам одних исследований, пациенты из групп этнических меньшинств так же хорошо, как и белые американцы улучшали свое состояние, по результатам других — гораздо меньше, однако ни в одном из исследований, в которых проводилось сравнение, их состояние не улучшалось больше, чем состояние белых американцев.
3. Пациенты из групп этнических меньшинств предпочитали этнически близких им врачей.
4. Участие в лечении этнически близкого пациенту врача часто улучшает результаты лечения, особенно в тех случаях, когда основным языком пациента — не английский.
5. Повысить эффективность лечения может то, насколько чутко врач подходит к культурным проблемам пациента, считается с его обычаями и нравами, а также, насколько тщательно врач выбирает методику лечения (особенно для лечения детей и подростков); повышению эффективности лечения способствуют и профилактические программы, из которых представители этнических меньшинств узнают, чего можно ожидать от лечения.
6. Отмечается нехватка врачей из групп этнических меньшинств.
7. Исследователи и врачи-практики должны учитывать не только те различия, которые существуют между группами этнических меньшинств, но и различия внутри групп.

Эффективны ли специфические формы терапии при определенных расстройствах?

Люди с различными расстройствами могут по-разному реагировать на различные формы терапии.

Влиятельный клинический исследователь Гордон Паул (Gordon Paul) несколько лет тому назад сказал, что наиболее адекватным вопросом относительно эффективности терапии был бы такой: «*Какое специфическое лечение и кем проведенное может стать наиболее эффективным для этого индивида с той особой проблемой и при стечении каких обстоятельств?*» (Paul, 1967, p. 111). Ученые исследуют, как отдельные эффективные терапии применяются при лечении определенных расстройств, и результаты исследования часто выявляют значительные различия в подходах к лечению (De Rubeis & Crits-Christoph, 1998; Kazdin & Weisz, 1998).

Когнитивно-поведенческие методы лечения, например, оказываются наиболее эффективными из всех видов терапий при лечении фобий (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994), тогда как лекарственная терапия является единственным эффективным лечением шизофрении (Lieberman et al., 1996; Meltzer et al., 1996).

Исследования также показывают, что при некоторых клинических проблемах больше подходит комбинированный метод (Beitman, 1996, 1993; Sander & Feldman, 1993). К примеру, лекарственная терапия иногда сочетается с определенными формами психотерапии при лечении депрессии. Сейчас становится обычным для пациента наблюдение двумя врачами: **психофармакологом** (или фармакотерапевтом) — психиатром, который главным образом выписывает лекарства, а также психологом, социальным работником или врачом, который проводит психотерапию (Woodward, Duckworth & Gutheil, 1993). Выявление того, как специфические терапии справляются с определенными расстройствами, может помочь и врачам и пациентам принять более правильное решение о лечении (Beutler, 1991, 1979). К этому вопросу мы будем обращаться по мере исследования расстройств, на борьбу с которыми должны быть направлены различные терапевтические методы.

Психофармаколог — психиатр, который главным образом прописывает лекарства.

Такого специалиста также называют фармакотерапевтом.

Резюме

На решения врачей о лечении может повлиять оценочная информация, диагноз, теоретическая ориентация врача, знакомство с исследованиями и состоянием знаний в своей области.

Эффективна ли терапия? Определение эффективности лечения является трудным из-за того, что врачи по-разному определяют и измеряют успех. Степень точности и сложность современных методов лечения также являются проблемой. Изучение результатов терапии привело к трем основным выводам: 1) Люди, получающие лечение, чувствуют себя лучше, чем люди с такими же проблемами, но не получающие лечения. 2) Общая эффективность значительно не отличалась при разных видах терапий. 3) Определенные методы терапии или их комбинация при некоторых видах расстройств оказываются более эффективными, чем другие.

Подводя итоги.

Во 2-й главе мы могли наблюдать, что современные основные модели патологического поведения значительно отличаются своей формой, результатами и лечением. Поэтому неудивительно, что врачи тоже различаются по своему отношению к оценке и диагнозу. Не должно удивлять и то, что специалисты, которые предпочитают определенные методики оценки, часто подсмеиваются над теми, кто пользуется другими методами. Однако пока никто не может похвалиться единоличными правами на клиническую оценку и диагноз. Каждое из сотен доступных средств имеет значительные ограничения и каждое представляет в лучшем случае неполную картину того, как и почему у человека протекают какие-либо расстройства.

Конечно, некоторые методы оценки получили более широкую научную разработку, чем другие, и клиницисты должны обращать внимание на подобные данные при выборе средств оценки. Однако при современном состоянии оценки и диагноза было бы ошибочным полагаться на какой-либо один из подходов. Отчасти поэтому клиницисты сейчас используют в своей работе батарею оценочных средств.

За последние несколько десятилетий изменилось отношение к клинической оценке (Nietzel et al., 1994). Много лет метод оценки высоко ценился в клинической практике. Однако по мере того, как в 60-х и 70-х годах выросло число клинических моделей, приверженцы каждой модели стали предпочитать одни методики другим, и интерес к методу оценки ослаб. Между тем исследования стали выявлять, что многие методики неточны или непостоянны. В этой атмосфере некоторые клиницисты перестали доверять систематической оценке и диагнозу, а некоторые даже стали небрежно подходить к решению подобных задач.

Сейчас вновь стал повышаться интерес к оценке и диагнозу. Подтверждением возросшего интереса является разработка более точных диагностических критериев, как это представлено в DSM-IV. Другим подтверждением в клинической области является усиление понимания того, что определенные расстройства — например, болезнь Альцгеймера — могут быть четко идентифицированы только после проведения высокоточных процедур измерения.

Наряду с возобновлением интереса к методам исследования увеличилось количество исследований (Exner, 1997; Cramer, 1996). Сегодня исследователи активно изучают различные методики оценки, поэтому клиницисты могут решать свои задачи с большей точностью и постоянством. Исследования и прежде всего возобновленный интерес к систематической оценке являются доброй вестью для людей с психологическими проблемами, а также для тех, кто хочет им помочь.

Ключевые термины

Идиографическое понимание

Оценка

Стандартизация

Надежность

Ретестовая надежность

Межэкспертная надежность

Валидность

Очевидная валидность

Прогностическая валидность

Совпадающая валидность

Клиническое интервью
Неформализованное (неструктурированное) интервью
Формализованное (структурированное) интервью
Бланк интервью
Исследование психического статуса (состояния)
Тест
Проективный тест
Тест Роршаха
Тест тематической апперцепции
Тест незаконченных предложений
Тест «Нарисуй человека»
Личностный опросник (тест)
Миннесотский многофакторный личностный опросник
Психологический профиль
Перечень ответов
Опросник для получения ответов от респондента
Опросник для исследования эмоциональной сферы
Опросник социальных навыков общения
Опросник для исследования отклонений в когнитивной сфере
Психофизиологический тест
Биологическая обратная связь
Нейрологический тест
Аксиальная компьютерная томография
Электроэнцефалография
Позитронная эмиссионная томография
Магнитно-резонансная томография
Нейропсихологический тест
Визуально-моторный гештальт-тест Бендера
Батарея тестов
Тест интеллекта
Коэффициент умственного развития
Естественное наблюдение
Формализованное наблюдение
Самоконтроль
Включенный наблюдатель
Ошибка наблюдателя
Реактивность
Межситуативная валидность
Клиническая картина
Диагноз
Синдром
Система классификации
Международная классификация болезней
Диагностическое и статистическое руководство психических заболеваний
Основные категории (оси)
Полевое исследование
Исследование результатов лечения
Метаанализ
Миф о «единообразии»
Движение сближения
Психофармаколог

Контрольные вопросы

1. Какими формами надежности и валидности должны обладать клинические средства оценки?
2. Каковы сильные и слабые стороны формализованных и неформализованных интервью?
3. В чем сила и слабость проективных тестов, личностных опросников и других видов клинических тестов?
4. Перечислите и опишите основные современные проективные тесты.
5. Каковы основные свойства теста MMPI?
6. Как клиницисты определяют, связаны ли психологические проблемы с повреждением мозга?

7. Опишите способы, при помощи которых клиницисты могут наблюдать за поведением своих пациентов.
8. В чем заключается цель клинического диагноза?
9. Опишите DSM-IV. С какими проблемами можно столкнуться при использовании классификационных систем и при постановке клинического диагноза?
10. Насколько эффективна терапия по результатам терапевтических исследований?

Глава 4. Генерализованное тревожное расстройство и фобии.

Боб Дональдсон, 22-летний плотник, обратился к психиатру окружной больницы. С самого начала разговора стало ясно, что Боб встревожен. Были видны его напряжение, волнение и страх. Он присел на край стула, постукивая об пол ногой, и принялся вертеть в руках карандаш со стола психиатра. Рассказывая о своей проблеме, он не мог сидеть спокойно, перемежал слова вздохами и паузами, часто менял позу:

Боб: Этот месяц был ужасен. Кажется, что я ничего не могу делать. Я не знаю, куда иду и откуда. Боюсь, что схожу с ума или что-то в этом роде.

Доктор: Почему Вы так думаете?

Боб: Я не могу сосредоточиться. Мой начальник просит меня что-либо сделать, и я берусь за дело, но, не успев ступить и пяти шагов, забываю, за что принялся.

Начинает кружиться голова, я чувствую, как стучит сердце, и все вокруг становится как бы мерцающим или очень далеким от или каким-то... — это трудно передать!

Доктор: Что приходит Вам на ум, когда вы так себя чувствуете?

Боб: Я просто думаю: «О Боже, мое сердце стучит, в голове все плывет, в ушах стоит звон — я или умираю, или схожу с ума».

Доктор: И что происходит потом?

Боб: Ну, это длится всего несколько секунд, я имею в виду сильное ощущение. Я возвращаюсь на землю, но потом все время волнуюсь, думаю, что со мной такое, или проверяю свой пульс, чтобы узнать, насколько он частый, или трогаю ладони, чтобы проверить, не вспотели ли они.

Доктор: Замечают ли окружающие, что с вами происходит?

Боб: Знаете, вряд ли. Я скрываю это. Я не встречаюсь с друзьями... Я «не с ними», когда нахожусь с ними рядом, — только сижу и переживаю... Так что, как бы то ни было, я просто иду домой и включаю телевизор или нахожу страничку спорта, однако не воспринимаю то, что вижу.

Затем Боб сказал, что ему пришлось оставить игру в софтбол из-за быстрой утомляемости и проблем с концентрацией внимания. Несколько раз за последние две недели он не мог идти на работу, поскольку был «слишком нервозен». (Spitzer et al., 1983, p. 11-12)

Достаточно и куда меньших проблем, чем у Боба, чтобы пережить страх и тревогу. Подумайте о тех минутах, когда ваше дыхание учащалось, мышцы напрягались, а сердце колотилось с внезапным ужасом. Было ли это тогда, когда ваш автомобиль занесло на мокрой дороге? Когда преподаватель объявил неожиданную контрольную? Или когда самый дорогой для вас человек ушёл с кем-то другим, или ваш начальник посоветовал вам лучше выполнять свою работу? Каждый раз, когда вы сталкиваетесь с чем-то, что представляет угрозу вашему благополучию, вы можете реагировать состоянием смятения, известным как страх. Бывает так, что вы не способны точно указать определенную причину вашего смятения, по все же чувствуете напряжение и раздражение, словно что-то неприятное вот-вот произойдет. Неопределенное ощущение пребывания в опасности обычно называется тревогой, и оно имеет такие же клинические признаки — учащение дыхания, мышечное напряжение, испарина и так далее, — как и страх.

Хотя переживания страха и тревоги неприятны, они зачастую полезны: они готовят нас к действию — «сражаться или убежать», — когда угрожает опасность. Они могут склонить нас к тому, чтобы вести автомобиль более осторожно, тщательнее готовить задания, более чутко относиться к близким, быть внимательнее на работе (Millar &

Millar, 1996). К несчастью, некоторых людей так захватывают страх и тревога, что они оказываются не в состоянии вести нормальный образ жизни. Их дискомфорт крайне силен или повторяется чрезвычайно часто; он слишком долго длится или его очень легко вызвать. Говорят, что у таких людей наблюдается тревожное расстройство. Тревожное расстройство является наиболее распространенным психическим заболеванием в Соединенных Штатах (Zajeska, 1997). По данным ежегодной статистики, от 15 до 17% взрослого населения — 23 миллиона человек — страдают от того или иного из шести вариантов тревожных расстройств, определенных в DSM-IV (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993). Общество теряет из-за этих недугов около 50 миллиардов долларов ежегодно: это расходы на лечение, потери в заработной плате, ущерб от снижения производительности труда (Hales, Hilty & Wise, 1997; DuPont et al., 1993).

Страх — физиологическая эмоционально проявленная реакция центральной нервной системы на серьезную угрозу благополучию человека.

Тревога — физиологический и эмоциональный ответ центральной нервной системы на ситуацию неопределенной угрозы или опасности.

Тревожное расстройство — заболевание, в котором тревога является ведущим симптомом.

Люди с генерализованным тревожным расстройством испытывают всеобщее и постоянное чувство тревоги. Люди с фобиями ощущают стойкий иррациональный страх перед определенным объектом, деятельностью или ситуацией. У людей с паническим расстройством время от времени повторяются приступы ужаса. Те, кто имеет обсессивно-компульсивное расстройство, поглощены навязчивыми мыслями, приводящими к тревоге, или необходимостью производить повторяющиеся действия, чтобы снизить уровень тревожности. Люди с острыми стрессовыми расстройствами и посттравматическими стрессовыми расстройствами страдают от страха и связанных с ним симптомов спустя длительное время после того, как произошло травмирующее событие (участие в военных действиях, изнасилование, пытка). Большинство людей с одним видом тревожного расстройства страдают в то же время и от другого (Goisman et al., 1995). Боб Дональдсон, например, испытывал общую тревогу и чрезмерное беспокойство, свидетельствующие о генерализованном тревожном расстройстве, и повторяющиеся приступы ужаса, которые указывают на паническое расстройство (см. рис. 4.1).

Только одно тревожное расстройство	19%
Два или более тревожных расстройства, имеющих причинную связь	55%
Два или более независимых тревожных расстройства	26%

Рисунок 4.1. Вызывает ли тревога тревогу? Люди с одним тревожным расстройством, как правило, страдают и другим, одновременно или в разных ситуациях. Исследование людей с тревожными расстройствами показало, что около 81% наблюдаемых фактически страдает от нескольких расстройств.

<Психологические заметки. Ежегодно в мае около 14 000 специалистов по душевному здоровью из Соединенных Штатов принимают участие в Национальном Дне Обнаружения Тревожных Расстройств. Они предлагают бесплатные консультации для 50 000 человек по всей стране, по крайней мере половина из которых ранее никогда не обращалась за оценкой или за терапией своих проблем, связанных с тревогой (Seppa, 1996).>

В этой главе мы рассмотрим генерализованное тревожное расстройство и фобии как наиболее распространенные и к тому же наиболее изученные тревожные расстройства (Magee et al., 1996). Другие тревожные расстройства: паническое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство и стрессовые расстройства будут предметом рассмотрения в пятой главе. Только в последние годы они были достаточно изучены и теперь успешно лечатся.

Стресс, адаптация и тревожное реагирование.

Перед тем как исследовать различные тревожные расстройства, нам нужно подробнее рассмотреть те ситуации, которые обычно заставляют нас чувствовать себя под угрозой, и те изменения, которые происходят с нами в ответ на них. Фактически, мы чувствуем некую опасность — состояние стресса, — когда сталкиваемся с обстоятельствами или перспективами, требующими от нас каких-либо изменений. Состояние стресса имеет два компонента: **стрессор**, событие, которое вызвало необходимость в изменениях, и **стрессовый ответ**, индивидуальные реакции человека на него. Стрессоры в жизни могут принимать форму повседневных затруднений, таких как движение транспорта в час пик или неожиданное появление подозрительной компании; важнейших жизненных событий, как получение диплома или свадьба; длительных проблем, таких как бедность, слабое здоровье или проживание в тесноте; или травмирующих событий, как несчастный случай, вооруженное нападение, стихийное бедствие, военные действия. Наш ответ на подобные стрессоры зависит от того, как мы оцениваем событие и свою способность эффективно на него отреагировать (Lazarus & Folkman, 1984).

Стрессор — событие, которое вызывает ощущение угрозы, сталкивая человека с необходимостью или вероятностью каких-либо изменений.

Стрессовый ответ — индивидуальная реакция человека на стресс.

Люди, которые чувствуют, что у них есть способность и возможность адаптироваться, скорее справятся с влиянием стрессоров. Они в состоянии дать эффективный ответ и избежать негативных эмоциональных, поведенческих и когнитивных реакций (Aldwin et al., 1996).

Когда мы оцениваем стрессор как угрожающий нам, ключевой реакцией становится страх. На самом деле страх является целым комплексом ответов — физических, эмоциональных и когнитивных. На физическом уровне мы потеем, дыхание учащается, мышцы напрягаются и сердце бьется быстрее. Мы можем побледнеть и покрыться мурашками, задрожат губы, появится тошнота. Если ситуация крайне опасная, мы можем испытывать такие эмоции, как омерзение, ужас, и даже впасть в панику. К тому же страх мешает сосредоточиться и влияет на наше восприятие мира. Мы можем преувеличить опасность, которая в действительности угрожает нам, или неверно вспомнить произошедшее, когда угроза минует.

<Индивидуальная природа стресса. Даже такие незначительные события, как игра в крокет, могут являться источниками стресса, если они оцениваются как имеющие большое значение, как угрожающие или находящиеся за пределами способностей.>

<Психологические заметки. Почти треть взрослых, участвовавших в опросе, заявили, что чувствуют себя перегруженными работой. Каждый второй сказал, что отдал бы дневную зарплату за свободный день, и более половины людей сказали, что переживали значительный стресс в последние две недели.>

Эти свойства реакций страха и тревоги являются результатом активности **вегетативной нервной системы (ВНС)**, обширной сети нервных волокон, соединяющих **центральную нервную систему** (спинной и головной мозг) со всеми остальными органами. ВНС позволяет контролировать непроизвольную деятельность этих органов — дыхание, ритм сердца, артериальное давление, потоотделение и им подобные процессы (см. рис. 4.2). Когда мозг расценивает ситуацию как угрожающую, он стимулирует определенную группу волокон ВНС, которая ускоряет сердечный ритм и вызывает ряд других изменений, что мы ощущаем как страх или тревогу. Эти нервные волокна объединяются в симпатическую нервную систему. Когда опасность миновала, вторая группа нервных волокон ВНС, парасимпатическая нервная система, нормализует ритм сердца и другие физиологические процессы. В совокупности эти два отдела ВНС помогают контролировать реакции страха и тревоги. Они дают телу возможность быть устойчивым в любой ситуации. ВНС может стимулировать органы напрямую или влиять на них опосредованно, через стимуляцию эндокринных желез, структур, расположенных по всему телу, которые выбрасывают химические соединения, называемые гормонами, в кровь. Например, когда мы сталкиваемся со стрессором, ВНС активирует надпочечники, и эти эндокринные железы производят группу гормонов **кортикостероидов**, включая гормон кортизол.

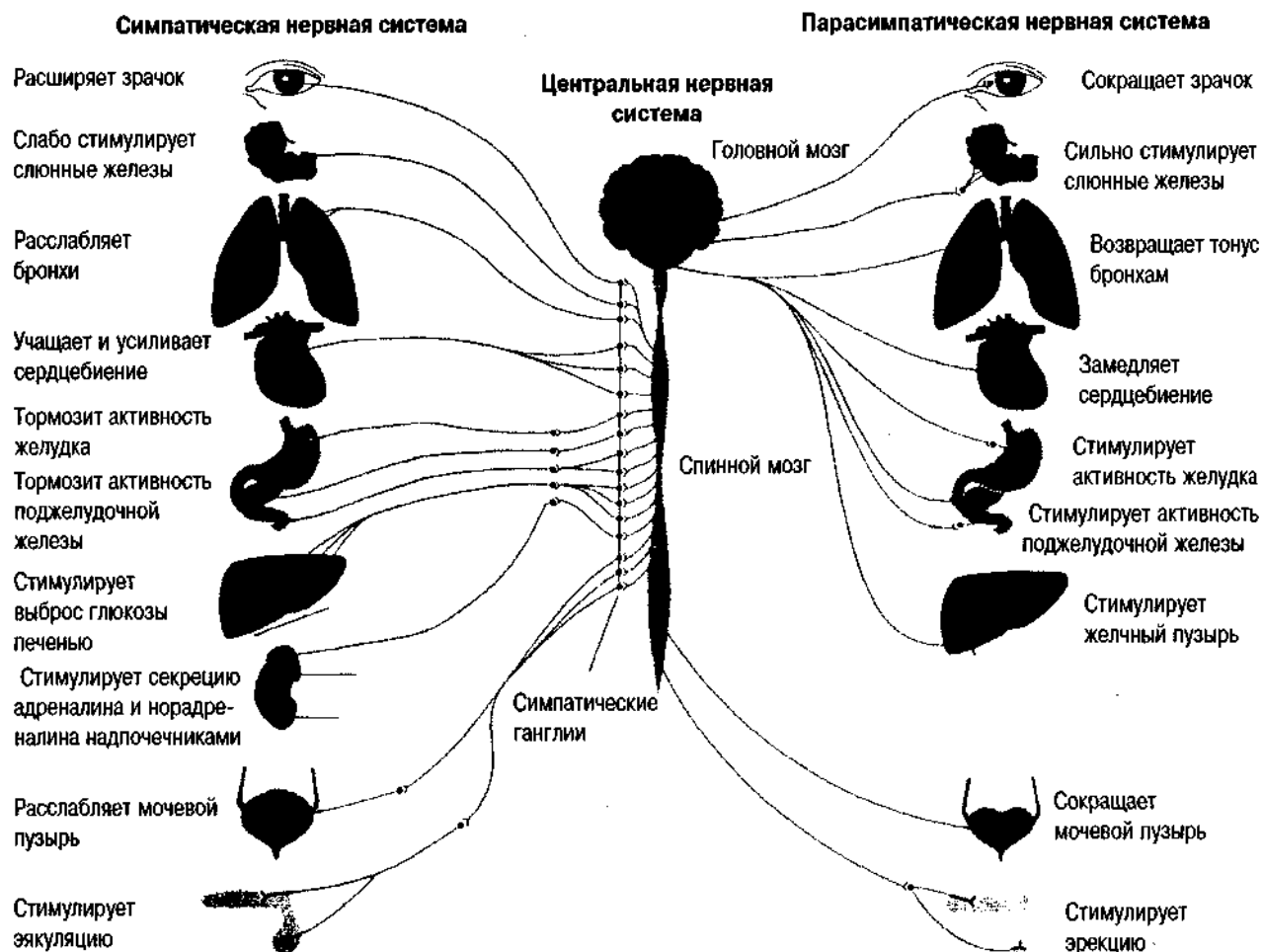


Рисунок 4.2. Вегетативная нервная система (ВНС). Когда активируется симпатический отдел ВНС, он стимулирует одни органы и подавляет деятельность других. Результатом является состояние общего возбуждения. Напротив, активность парасимпатического отдела приводит организм в состояние покоя.

Вегетативная нервная система (ВНС) — часть нервной системы, обеспечивающая деятельность внутренних органов.

Центральная нервная система (ЦНС) — головной и спинной мозг.

Кортикостероиды — группа гормонов, производимых надпочечниками во время стресса. Они стимулируют различные органы тела и определенные участки мозга, вызывая или сводя на нет реакции тревоги.

Все мы по-своему переживаем страх и тревогу. Некоторые люди всегда находятся в расслабленном состоянии, в то время как другие постоянно напряжены, даже когда никакой видимой угрозы нет. Индивидуальный уровень тревоги иногда называют **уровнем тревожности**, поскольку он является особенностью, которую каждый из нас привносит в события своей жизни (Rafferty, Smith, & Ptacek, 1997; Spielberg, 1985, 1972, 1966). Психологи обнаружили, что индивидуальные различия уровня тревожности иногда становятся заметны уже вскоре после рождения (Kalin, 1993; Pekrun, 1992).

Уровень тревожности — основной уровень тревоги, который привносится человеком в различные события его жизни.

< **Индивидуальное переживание тревоги.** Хотя большинство людей боятся даже самой мысли о восхождении на гору, некоторых этот опыт стимулирует, а иных даже успокаивает. Такие индивидуальные реакции представляют различия уровня тревожности.>

У разных людей оценка степени угрозы ситуации может существенно различаться (Weiner, 1985; Stattin & Magnusson, 1980). Прогулка по лесу кого-то может пугать, а кому-то позволяет расслабиться. Полет в самолете может у некоторых вызвать ужас, а у других — скуку. Такие вариации определяются различиями **ситуационной, или средовой, тревожности**. Эти индивидуальные проявления тревоги, тем не менее, в большинстве случаев резко отличаются от волн ужаса и напряжения, испытываемых страдающими тревожными расстройствами.

Ситуационная тревожность — различные уровни тревоги, вызываемые у людей разными ситуациями. Синоним — *средовая тревожность*.

Резюме

Страх — это состояние смятения, возникающее в ответ на серьезную угрозу. Тревога — это состояние беспокойства, возникающее при неясном ощущении угрозы. Люди с тревожными расстройствами постоянно испытывают страх и тревогу, что мешает им вести нормальный образ жизни. Физиологические проявления страха и тревоги возникают вследствие активности вегетативной нервной системы и эндокринных желез, в том числе надпочечников.

Крупным планом

Синдром дезадаптации: категория компромисса?

Реакция некоторых людей на значительные стрессоры в своей жизни выражается в длительной и очень сильной тревожности, подавленности или в антисоциальном поведении. Эти симптомы недостаточны для констатации расстройства тревоги или настроения, но они вызывают серьезные страдания или служат препятствием в работе человека, в учебе или общественной жизни. Можем ли мы считать такие реакции нормальными? Нет, говорит DSM-IV. Где-то между эффективными стратегиями адаптации и синдромом тревожности лежит синдром дезадаптации (APA, 1994). DSM-IV указывает на несколько типов синдромов дезадаптации, включая синдром дезадаптации с повышенной тревожностью и синдром дезадаптации с депрессивностью. Люди получают подобные диагнозы, когда их синдромы сохраняются и по прошествии трех месяцев со времени воздействия стрессора. При этом симптомы могут сохраняться в течение шести месяцев после влияния стрессора. Если же стрессор был продолжительным, например, плохое состояние здоровья, синдром дезадаптации может длиться бесконечно (стать хроническим). Этот диагноз получают до 20% амбулаторных пациентов — большая часть обратившихся к страховым компаниям за компенсацией платы за лечение (APA, 1994). Несмотря на это, есть специалисты, которые ставят под сомнение такую распространенность синдромов дезадаптации, о какой свидетельствует эта цифра. Более того, похоже, этот диагноз является излюбленным у клиницистов — его легко можно применить к ряду проблем, хотя он менее точно описывает положение вещей, чем многие другие категории.

Практически любой стрессор может вызвать синдром дезадаптации. Как правило, это разрыв отношений, семейные проблемы, трудности на работе и проживание в криминогенном окружении. Расстройство может быть также связано с такими событиями в жизни человека, как поступление в школу, женитьба или замужество, рождение ребенка или уход на пенсию.

<Вопросы для размышления. Не приходилось ли вам, вашим друзьям или родственникам когда-либо реагировать на стресс таким образом, что можно было бы предполагать этот диагноз? Является ли категория «синдром дезадаптации» слишком обширной или слишком широко употребляемой? Если это так, то почему этот диагноз все еще существует?>

Генерализованное тревожное расстройство.

Люди с **генерализованным тревожным расстройством** испытывают излишнюю тревогу и беспокоятся о многих вещах. Иногда они описывают свое состояние как неопределенную тревогу. Подобно молодому плотнику Бобу, они чувствуют беспокойство, взвинчены или нетерпеливы, легко утомляются, раздражительны, испытывают мышечное напряжение, проблемы с концентрацией внимания, страдают бессонницей. Эти симптомы наблюдаются, по крайней мере, шесть месяцев (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Однако большинство людей с этим расстройством способны, хотя и с некоторыми трудностями, поддерживать социальные отношения и справляться со служебными обязанностями.

Генерализованное тревожное расстройство — *заболевание, характеризующееся стойким и чрезмерным чувством тревоги, а также беспокойством о множестве событий и действий.*

Друзья и родственники людей с генерализованным тревожным расстройством иногда обвиняют их в том, что им «нравится» волноваться, они «ищут», о чем бы побеспокоиться, и «счастливы» лишь тогда, когда беспокоятся о чем-то. Они могут утверждать, что этим людям «необходимо» беспокоиться, чтобы заниматься

творчеством, или просто чтобы работать. Такие обвинения по большей части несправедливы: люди с описываемым расстройством едва ли счастливы. Они чувствуют, что находятся в непрерывной борьбе, подвергая себя опасности, защищаясь и постоянно стремясь убежать от своих страданий (Becker et al, 1998; Roemer et al., 1995).

Генерализованное тревожное расстройство широко распространено в нашем обществе. По ежегодным обзорам, симптомы этого заболевания наблюдаются у 3,8% населения Соединенных Штатов (APA, 1994; Kessler et al., 1994; Blazer et al., 1991). Оно может возникнуть в любом возрасте, но обычно проявляется в детстве или юности. Женщины страдают этим расстройством в два раза чаще мужчин. Для объяснения причин развития генерализованного тревожного расстройства привлечено большое количество факторов. Мы рассмотрим здесь теории и методы терапии, предлагаемые социокультурной, психодинамической, гуманистически-экзистенциальной, когнитивной и биологической моделями. К модели бихевиористов мы обратимся, обсуждая фобии, потому что их подход к генерализованному тревожному расстройству и к фобиям в общих чертах одинаков.

Патология и искусство

Отклонение от нормы и творчество: тонкий баланс

Существует мнение, что тревога — как состояния депрессии, мании и, возможно, помрачения сознания — на самом деле может способствовать нашей деятельности. В отношении искусства это может быть отчасти верным. Люди уже не одно столетие предполагают, что между творчеством и психопатологией существует какая-то связь. Древние греки верили, что различные формы «священного безумия» вдохновляют на творческие акты, от поэзии до театральных представлений (Ludwig, 1995). В восемнадцатом веке, находясь под влиянием романтических представлений о «безумных гениях», управляющие домами для душевнобольных уговаривали своих пациентов писать; произведения больных публиковались в психиатрических литературных журналах (Gamwell & Tomes, 1995). Даже сегодня многие считают, что «гении творчества» имеют психологические нарушения. Но верны ли подобные взгляды? Как влияют отклонения от нормы на творческий процесс? Способствуют или мешают ему?

Распространенный образ художника включает в себя рюмку ликера, сигарету и измученное выражение лица. Классическими примерами являются поэтесса Эмили Дикинсон, которая настолько боялась окружающего мира, что жила в своей комнате в одиночестве; поэтесса Сильвия Плат, страдавшая депрессией, и в итоге покончившая жизнь самоубийством; танцовщик Вацлав Нижинский, который болел шизофренией и провел много лет в лечебных учреждениях. Действительно, многие исследования показали, что творческие люди в какой-то степени более подвержены душевным расстройствам, чем другие, и психологические трудности они могут испытывать на протяжении более длительного срока (Ludwig, 1995). Согласно некоторым исследованиям, художники и писатели имеют более высокие уровни тревожности, панических расстройств, алкоголизации и пищевых расстройств (Ludwig, 1994). Кроме того, другие исследования обнаружили, что около 80% опрошенных писателей жаловались на периоды депрессии — их рейтинг заболеваемости в восемь-десять раз выше, чем в основной популяции (Jamison, 1995; Andreasen, 1987).

Почему творческим людям свойственны психические расстройства? Некоторые из них, возможно, были предрасположены к подобным расстройствам задолго до начала своей карьеры (Ludwig, 1995). У них зачастую имеется целый перечень родственников с психологическими проблемами. Многим из творческих людей в детстве пришлось испытать серьезные психические травмы, включая физическое и сексуальное насилие. Например, Вирджиния Вульф ребенком перенесла сексуальное насилие. Другой причиной связи патологии и творчества может быть то, что творческие усилия создают поглощающий водоворот эмоций. Трумэн Капоте сказал, что создание «В холодной крови» «убило» его психологически. До написания этого произведения он считал себя «...твердым человеком... Потом со мной что-то случилось» (Ludwig, 1995). Существует еще одно объяснение этой связи: творческие профессии обеспечивают благоприятную атмосферу людям с психологическими конфликтами. В поэзии, живописи, актерском мастерстве, к примеру, ценятся эмоциональное выражение и сумятица чувств как источники вдохновения и успеха (Ludwig, 1995). К тому же творческие профессии, как правило, связывают с острыми ощущениями, странным поведением или психологическими расстройствами (Ludwig, 1995). Естественно, что взаимодействие эмоционального порыва и творчества ещё мало

изучено, но работы в этой области уже прояснили два важных момента. Во-первых, психологический конфликт нельзя назвать необходимым условием творчества. Многие «творческие гении» являлись, напротив, психологически устойчивыми и всю жизнь были счастливы.

Во-вторых, с творческими достижениями чаще связаны легкие психологические нарушения, нежели тяжелые. Например, легкие формы мании, называемые гипоманией, часто способствуют обостренному и творческому мышлению и большей продуктивности (Jamison, 1995; APA, 1994). Тем не менее такие тяжелые расстройства, как выраженная мания, тревожность, депрессия или алкоголизм, пагубно воздействуют на качество и продуктивность творческой работы и часто разрушают карьеру (Ludwig, 1995). Композитор девятнадцатого века Роберт Шуман создал двадцать семь произведений в течение одного гипоманиакального года и практически ничего в те годы, когда он страдал тяжелой депрессией с суицидальными идеями (Jamison, 1995).

Некоторые люди искусства беспокоятся, что с разрешением психологических трудностей уйдет их способность творить. Однако исследователи выяснили, что успешное лечение тяжелых психических расстройств, напротив, может благоприятствовать процессу творчества (Jamison, 1995; Ludwig, 1995; Whybrow, 1994). Понятно, что если оставить романтические представления в стороне, нарушения психики — особенно тяжелые их формы — не имеют особой ценности для творчества или для чего-либо иного.

Социокультурная модель.

Согласно социокультурной теории, генерализованному тревожному расстройству в большей степени подвержены те, кто находится в действительно опасных социальных условиях. Исследования показали, что людям в обстановке высокой опасности на самом деле свойственны ощущения напряжения, тревоги, усталости, преувеличенные реакции испуга и нарушения сна, сигнализирующие о данном расстройстве (Staples, 1996; Baum & Fleming, 1993).

Возьмем, для примера, психологические последствия у проживающих около АЭС «Three Mile Island» после аварии ее ядерного реактора в марте 1979 года (Baum, 1990; Bromet et al., 1984, 1982). В течение нескольких месяцев после происшествия матери дошкольников в пять раз чаще страдали тревожными и депрессивными расстройствами, чем матери детей, живущих в других городах. Хотя в течение года многие их расстройства исчезли, матери детей, живущих в окрестностях «Three Mile Island», и позже демонстрировали высокий уровень тревоги и депрессии.

<Роль общества. Узнав, что ее сын стал жертвой уличной перестрелки, женщина обвисла на руках родственников. Люди, живущие в условиях высокой опасности, испытывают большую тревогу и имеют более высокий рейтинг заболеваемости генерализованным тревожным расстройством, чем те, кто имеет иное окружение.>

Одной из наиболее сильных форм социального стресса является бедность. Стесненные в средствах, как правило, живут в полуразрушенных домах, зачастую в криминогенном окружении, у них значительно меньше шансов получить образование и работу. К тому же их здоровье подвергается большому риску. По утверждению социологов, для малообеспеченных характерна более высокая заболеваемость генерализованным тревожным расстройством. В Соединенных Штатах люди, годовой доход которых составляет менее 10 тысяч долларов, имеют рейтинг заболеваемости в два раза выше, чем те, чей доход превышает эту сумму (Blazer et al., 1991). Действительно, с понижением заработной платы в этой стране заболеваемость генерализованным тревожным расстройством неуклонно повышается.

С тех пор как цветное население Соединенных Штатов стало во многом зависеть от дохода и возможности найти работу (Belle, 1990), нет ничего удивительного в том, что распространенность генерализованного тревожного расстройства тесно связана с расовой принадлежностью (см. диаграмму 4-3). По ежегодным данным, этим расстройством страдают приблизительно 6% афроамериканцев, в то время как белых американцев — всего 3,5%. Афроамериканские женщины, по всей вероятности, представляют собой группу населения, наиболее подверженную социальным стрессам (Bennet, 1987), и имеют наивысший рейтинг заболеваемости (6,6%).

<Вопросы для размышления. Изменения какого рода могут ослабить воздействие стрессов в современном обществе и таким образом уменьшить вероятность развития у людей генерализованного тревожного расстройства?>

Хотя бедность и другие социальные затруднения могут создать ситуацию, благоприятную для развития генерализованного тревожного расстройства,

социокультурные различия являются не единственными факторами, определяющими его появление. В конце концов, у большей части тех, кто беден, пострадал на войне, подвергается политическому давлению или живет в опасном месте, тревожные расстройства не возникают. Даже если социокультурные факторы играют большую роль, ученые еще должны объяснить, почему у некоторых людей эти расстройства развиваются, а у других — нет. Психодинамическая, гуманистически-экзистенциальная, когнитивная и биологическая научные школы пытались объяснить, почему, и предлагали соответствующие методы лечения.

Психодинамическая модель.

Зигмунд Фрейд (1933, 1917) считал, что каждый человек в той или иной степени испытывает тревогу в процессе своего воспитания. Он предположил, что мы чувствуем реалистическую тревогу, когда сталкиваемся с действительной опасностью. Когда же наши родители или обстоятельства постоянно удерживают нас от выражения импульсов Ид, мы испытываем невротическую тревогу. А когда нас наказывают или угрожают нам за то, что мы выражаем импульсы своего Ид, мы испытываем моральную тревогу. Теоретически, мы все используем защитные механизмы Эго, чтобы справиться с этими формами тревоги. В дальнейшем Фрейд утверждал, что у некоторых людей тревога может быть излишней, а механизмы ее контроля — неадекватными, что и приводит к развитию генерализованного тревожного расстройства.

Психодинамическая теория образования тревожных расстройств

Фрейд предположил, что генерализованное тревожное расстройство возникает в том случае, когда защитные механизмы человека не выдерживают стресса и захлестываются невротической и моральной тревогой. Это может произойти, когда у человека очень высокий уровень тревожности. Если маленький мальчик получал шлепки всякий раз, когда плакал, требуя молока, будучи младенцем, пачкал штаны, будучи двухлетним ребенком, исследовал свои гениталии, будучи четырехлетним, возможно, он в конце концов поверит, что разнообразные импульсы его Ид по-настоящему опасны. Тогда он может испытывать непреодолимое чувство тревоги каждый раз, когда у него возникают подобные импульсы. Или защитные механизмы Эго могут быть слишком слабыми, чтобы справиться с испытываемой суммой тревог. Дети, которые растут в условиях гиперопеки, защищаемые родителями от всех фрустраций и угроз, имеют небольшие шансы на то, чтобы выработать эффективные защитные механизмы. Когда они сталкиваются с требованиями взрослой жизни, их защитные механизмы могут оказаться слишком слабыми, чтобы справиться с испытываемой тревогой.

Хотя сторонники современной психодинамической теории часто не согласны с некоторыми специфическими взглядами Фрейда, они тоже уверены в том, что генерализованное тревожное расстройство может происходить из неадекватности отношений между родителями и детьми в раннем возрасте.

Исследователи искали способы проверки этой психодинамической модели. Во-первых, они пытались показать, что люди в большинстве своем в опасных ситуациях стремятся использовать защитные механизмы. Некоторые экспериментаторы помещали испытуемых в ситуацию явной угрозы, а затем измеряли, насколько хорошо они помнят событие, вызвавшее страх. Как и предсказывали создатели психодинамической теории, испытуемые часто вытесняли (то есть забывали) многие детали неприятного события (Rosenzweig, 1943, 1933).

Другие исследователи пытались доказать, что люди, страдающие генерализованным тревожным расстройством, в особой степени используют защитные механизмы. В одном эксперименте испытуемые обратились к записям начала терапии клиентов с тревожными расстройствами. Когда к клиентам обращались с просьбой рассказать о неприятных случаях в их жизни, они быстро забывали (вытесняли), о чем только что шла речь, меняли тему разговора или испытывали негативные ощущения (Luborsky, 1973).

Другие изучали случаи чрезмерных наказаний в детстве за проявление импульсов ид. В соответствии с теорией, они обнаружили высокий уровень тревожности у этих людей в более поздние моменты жизни (Chiu, 1971). В тех культурах, где детей постоянно наказывают и запугивают, взрослые, по-видимому, имеют больше страхов и тревог (Whiting et al., 1966). В дополнение к тому некоторые исследования подтвердили психодинамическую позицию в том, что чрезмерная опека родителями может также привести к образованию высокого уровня тревожности у детей (Jenkins, 1968; Eisenberg, 1958).

Хотя результаты этих исследований согласуются с психодинамическим объяснением развития тревожных расстройств, они по некоторым причинам подвергались критике. Во-первых, некоторые ученые задавали вопрос, действительно ли эти данные показывают именно то, что предназначены показывать? Например, когда на первых сеансах терапии люди затрудняются говорить о неприятных случаях, произошедших с ними, из этого вовсе не следует, что они вытеснили эти случаи. Может быть, они преднамеренно фокусируют внимание на положительных аспектах своей жизни или слишком смущены, чтобы делиться личными негативными переживаниями до того, как обретут доверие к терапевту.

Другая проблема состоит в том, что результаты некоторых исследований даже опровергают психодинамическую модель. В одном из них шестнадцать человек с генерализованным тревожным расстройством были опрошены о том, как они воспитывались (Raskin et al.). Они не сказали практически ничего о строгой дисциплине или о несчастном детстве, как могли бы ожидать сторонники психодинамической модели.

Психодинамические методы терапии

Для всех психологических проблем психодинамическая терапия практически одинакова. В ней используется метод свободных ассоциаций и интерпретация терапевтом переноса, сопротивления и сновидений клиента для того, чтобы помочь человеку справиться со своими трудностями. Фрейдистская психодинамическая терапия предназначена помочь людям с генерализованным тревожным расстройством не так бояться импульсов своего Ид и успешно их контролировать. Другие психодинамические методы терапии, особенно терапия объектных отношений, направлены скорее на то, чтобы помочь тревожным клиентам обнаружить и разрешить детские проблемы взаимоотношений, которые продолжают поддерживать высокий уровень тревоги в зрелом возрасте (Zerbe, 1990; Diamond, 1987).

Процент родителей, которые «сильно» беспокоятся, что их дети:	Расовая принадлежность:		
	Латиноамериканцы, %	Афроамериканцы, %	Белые американцы, %
Будут застрелены	60	23	6
Начнут употреблять наркотики	60	25	15
Заразятся СПИД	59	26	16
Станут продавать наркотики	50	15	5
Забеременеют или сделают кого-то беременной	50	29	8

Процент родителей, которые «сильно» беспокоятся, что их дети:	Годовой доход		
	10-20 тыс. дол., %	20-40 тыс. дол., %	более 40 тыс. дол., %
Будут застрелены	49	16	9
Начнут употреблять наркотики	62	33	21
Заразятся СПИД	59	41	21
Станут продавать наркотики	30	13	9
Забеременеют или сделают кого-то беременной	49	28	11

Бедность, расовая принадлежность и тревожность. Согласно данным обширного обследования родителей в Соединенных Штатах, афроамериканцы и латиноамериканцы в большей степени склонны «сильно» беспокоиться о выживании, безопасности и будущем своих детей, чем белые американцы. Подобным образом родители, имеющие небольшой доход, куда более беспокоятся о благополучии своих детей, чем более обеспеченные, вне зависимости от расовой принадлежности. Более высокий уровень тревожности, обнаруженный в группах расовых меньшинств, может сильно варьироваться в зависимости от того, насколько богат человек и в насколько

опасных условиях он живет (National Commission on Children, 1991, адаптировано). Контрольные исследования показали, что психодинамический подход не всегда помогает в случаях генерализованного тревожного расстройства (Svartberg & Stiles, 1991; Prochaska, 1984). Основная масса фактов свидетельствует о том, что психодинамическая терапия является в лучшем случае скромной помощью тем, кто страдает этим расстройством.

<Психологические заметки. В 1960-х годах широко распространились «чётки для нервных», которые люди перебирают в руках, чтобы избавиться от чувства тревоги. Используемые и по сей день четки появились как греческий обычай перебирать бусины, называемые *комболои*, чтобы занять руки (Kahn & Fawcett, 1993).>

Гуманистическая и экзистенциальная модели.

Сторонники гуманистической и экзистенциальной моделей предполагают, что генерализованное тревожное расстройство, как и другие психологические расстройства, возникает, когда люди перестают честно смотреть на себя и принимать себя такими, какими они являются. Вместо этого они отрицают и искажают свои искренние мысли, эмоции и естественное поведение. Раз за разом повторяющееся самоотречение ведет к крайней тревожности и невозможности реализовать себя как человека.

Гуманистическая теория образования тревожных расстройств и методы лечения

Гуманистическое объяснение того, отчего люди страдают генерализованным тревожным расстройством, лучше всего изложено Карлом Роджерсом. Как было сказано выше, Роджерс считал, что некоторые люди развивают защитный способ деятельности в том случае, если, будучи детьми, не получили *безусловного позитивного отношения* к себе со стороны других (см. главу 2). Они, в свою очередь, начинают слишком критично относиться к себе и формируют ряд жестких требований к себе, которые Роджерс называет *условиями значимости*. Они стараются соответствовать этим стандартам, постоянно искажая и отрицая свои истинные переживания. Вопреки таким стараниям, продолжают возникать грозные самообвинения, которые вызывают у человека сильную тревогу. Этот натиск тревоги подготавливает почву для генерализованного тревожного расстройства или некоторых других психологических нарушений.

Психотерапевты, использующие **клиент-центрированную терапию** Роджерса, стремятся показать эмпатию и безусловное позитивное отношение к своим клиентам. Эти терапевты полагают, что атмосфера искреннего принятия и заботы даст ощущение безопасности, в котором нуждаются клиенты (Raskin & Rogers). Чувствуя безопасность, клиенты смогут лучше определить свои истинные потребности, мысли и эмоции, а также «узнать» себя, что означает научиться целиком доверять своей интуиции, быть честным с собой, принимать самого себя. Тревожность и другие симптомы психологических расстройств будут убывать. В приведенном ниже отрывке Роджерс описывает прогресс, достигнутый клиентом с тревожностью и связанными с ней симптомами:

Она была необычайно чувствительна к процессу, ощущаемому ею внутри себя. Чтобы испробовать некоторые из своих проявлений, она перебирала фрагменты составной картинки, она пела песню без слов, она писала поэму, она изучала новые способы узнавания себя, словно училась читать шрифт Брайля. Терапия стала во всех своих аспектах, в отношениях безопасности, ее познанием себя. Сначала были ее вина и беспокойство по поводу своей ответственности за плохую приспособляемость других. Потом были отвращение и горечь, что жизнь обманывала ее и разочаровывала в стольких различных сферах, особенно в сексуальной, затем было познание своего собственного сердца, ее жалость к себе за то, что ее так оскорбляли. Но вместе с тем шло ее узнавание себя как способной быть цельной, себя, которая пусть и не обладала любовью ко всем, но и «не ненавидела никого», себя, заботящейся о других. Последнее было для нее одним из глубочайших открытий в терапии... осознание, что терапевту не все равно, что с ней, что ему действительно важно, чем для нее станет терапия, что он действительно ценит ее. Она испытала прочность своих основных ориентиров. Она постепенно осознала тот факт, что, обыскав все уголки своей души, не обнаружила там ничего в корне неправильного и, более того, в сердце своем оказалась позитивной и здоровой. Она поняла, что ценности, скрывающиеся ею в глубине себя, были такими, что могли вызвать конфликт между ней и культурой, но она приняла это спокойно. (Rogers, 1954, p. 261-264)

Вопреки этому оптимистичному изложению клинического случая, контрольные

исследования показали, что лишь иногда клиент-центрированная терапия является более эффективной, чем плацебо-терапия или отсутствие таковой (Greenberg et al., 1994; Prochaska & Norcross, 1994). К тому же, исследователи обнаружили в лучшем случае лишь незначительное подтверждение теории Роджерса о возникновении генерализованного тревожного расстройства и иных форм отклоняющегося поведения. Другие гуманистические теории и методы терапии тоже не получили большой поддержки. На самом деле сторонники гуманистической модели убеждены, что традиционные диагностические методы не могут обеспечить справедливую проверку их теорий и методов лечения, так что они даже не пытались проверить свою работу такими средствами.

Клиент-центрированная терапия — гуманистическая терапия, разработанная Карлом Роджерсом, в которой терапевты стараются помочь людям путем их принятия, высокой эмпатии и искренности.

Экзистенциальная теория образования тревожных расстройств и методы лечения

Экзистенциалисты считают, что Генерализованное тревожное расстройство произрастает из **экзистенциальной тревоги**, всеобщего (глубинного) страха конечности жизни и ответственности, налагаемой ею (May & Yalom, 1995; Tillich, 1952). Они говорят, что мы испытываем экзистенциальную тревогу, поскольку знаем, что наша жизнь неограничена, и мы боимся смерти, ожидающей нас. И нам известно, что наши действия и наш выбор могут причинить вред другим людям.

Экзистенциальная тревога — согласно экзистенциальной теории, всеобщий (глубинный) страх конечности жизни и ответственности, налагаемой ею.

Наконец, мы подозреваем, что наше собственное существование может быть бессмысленным.

Как полагают экзистенциалисты, люди могут смело встретиться со своей экзистенциальной тревогой, если примут на себя ответственность за свои действия, принятие решений, наполнение своей жизни смыслом и понимание своей собственной уникальности. Или они могут уклониться от внутреннего столкновения и вести «ненастоящую жизнь»: отрицать свои страхи, не видеть свободы выбора, избегать ответственности и излишне приспосабливаться к нормам общества (Bugental, 1992, 1965; May, 1967). Согласно экзистенциальной теории, такой стиль жизни не снимает экзистенциальную тревогу, которая выливается в генерализованное и другие тревожные расстройства.

Экзистенциальные терапевты используют разнообразные техники для того, чтобы помочь тревожным людям принять большую ответственность и обрести больший смысл жизни. В одних случаях они поддерживают людей, в других — противостоят их убеждениям. Тем не менее экзистенциалисты, как и большинство гуманистов, считают, что традиционные диагностические методы не могут учесть тонкие человеческие переживания, находя только то, что может быть объективно отслежено и определено (Bugental, 1997, 1992). Взамен они обращаются к разуму, самопроверке и изучению случаев как к доказательству своих взглядов и подходов.

Когнитивная модель.

Сторонники когнитивной модели предполагают, что зачастую причиной психологических проблем являются дисфункциональные способы мышления. Если учесть то, что основной характеристикой генерализованного тревожного расстройства является излишнее беспокойство, не удивительно, что когнитивисты могут привести множество клинических случаев и многое сказать о методах лечения этого расстройства.

Когнитивная теория образования тревожных расстройств

Некоторые известные когнитивисты предполагают, что генерализованное тревожное расстройство вызывается *неадекватными посылками*. Альберт Эллис, например, считает, что некоторые люди имеют большей частью иррациональные убеждения, которые заставляют их неуместно действовать, нецелесообразно реагировать на чьи-либо действия (Ellis, 1997, 1977, 1962). Эллис называет эти убеждения **базовыми иррациональными убеждениями** и утверждает, что люди с генерализованным тревожным расстройством часто обладают следующими из них:

«Для взрослого человека совершенно необходимо иметь любовь или одобрение практически каждого значительного человека в его окружении».

«Это ужасно и катастрофично, когда что-то идет не так, как очень бы хотелось».

«Если есть что-то опасное или страшное (или может стать таковым), человек должен быть очень этим обеспокоен и обязан концентрировать внимание на возможности его

появления».

<«Если человек хочет считать себя стоящим, он должен быть абсолютно компетентным, адекватным и успешным во всех отношениях». — Ellis, 1962>
Когда люди с подобными базовыми установками сталкиваются со стрессовым событием, таким как экзамен или встреча с незнакомым человеком, они склонны считать его опасным и угрожающим, принимать близко к сердцу и чувствовать страх. Когда влияние этих посылок распространяется на все большее количество событий в жизни, у человека может развиться генерализованное тревожное расстройство.
<«Людей беспокоят не события сами по себе, а человеческие представления о них». — Эпиктет>

Подобным образом и Аарон Бек считает, что люди с генерализованным тревожным расстройством постоянно основываются на нереальных неосознаваемых послылках, которые предполагают постоянное нахождение этих людей в непосредственной опасности (Beck, 1997, 1991, 1976; Beck & Emery, 1985):

«Любая странная ситуация должна считаться опасной».

«Ситуация или человек являются опасными, пока не доказано обратное».

«Лучше всегда предполагать худшее».

<«Моя сохранность и безопасность зависят от моего предвидения и моей ежеминутной готовности к любой возможной опасности». — Beck & Emery, 1985, p. 63>

Исследователи доказали, что многие люди с генерализованным тревожным расстройством действительно имеют неадекватные убеждения, как утверждают Эллис и Бек (Ellis, 1995; Hollon & Beck, 1994). Тридцать два участника одного исследования, страдающие этим расстройством, имели непомерно раздутые представления о возможных угрожающих событиях и их последствиях (Beck et al., 1974). У каждого из них были расстраивающие психику послылки и взгляды, касающиеся таких опасных областей, как телесное повреждение, болезнь или смерть; умственное расстройство, повреждение психики или потеря контроля; неспособность с чем-то справиться и неприятие со стороны других. Подобные исследования также обнаружили, что люди с симптомами генерализованного тревожного расстройства уделяют большую часть своего внимания беспокоящим сигналам (Calvo, Eysenk, & Castillo, 1997; Mathews et al., 1995).

<**Удовольствие от страха.** Многим людям нравится испытывать страх тогда, когда сами они находятся в безопасности. Например, наблюдая на экране зловещие интриги Ганнибала Лектера или других кинозлодеев.>

Каким людям свойственно постоянное ожидание опасности? По мнению некоторых когнитивистов, это те люди, в жизни которых часто происходили *непредсказуемые негативные события*. Тогда они начинают бояться всего неизвестного и ждут неприятностей (Ladouceur et al., 1998; Pecrun, 1992).

Базовые иррациональными убеждения — по Альберту Эллису, ошибочные и нецелесообразные убеждения, свойственные людям с различными психологическими проблемами.

<**Психологические заметки.** Если посмотреть на обратную сторону медали, то некоторые надежды тоже могут быть большим риском. По данным одного расчета, произведенного в Англии, «если вы покупаете в понедельник билет национальной лотереи, то у вас в 2 500 раз больше шансов умереть до субботнего розыгрыша, чем получить главный приз» (Uhlrig, 1996, p. 7).>

Чтобы избежать неожиданного удара, они пытаются предсказать новые и непредвиденные негативные события. Они всюду ищут знаки опасности. В итоге они «читают» такие знаки почти во всех ситуациях и повсюду видят опасность, что вызывает тревогу. В подтверждение этого представления многие лабораторные исследования показали, что животные и люди больше боятся непредсказуемых негативных событий, нежели предсказуемых (Mineka, 1985). Тем не менее исследователям еще нужно установить, действительно ли люди с генерализованным тревожным расстройством испытали в своей жизни большее, чем у других, число непредсказуемых негативных событий.

Когнитивная терапия

В случаях генерализованного тревожного расстройства обычно используются два когнитивных подхода. Следуя одному из них, основанному на теориях Эллиса и Бека, терапевты помогают людям менять неадекватные убеждения, которые, предположительно, лежат в основе их расстройств. Следуя другому, терапевты учат людей держать себя в руках в ситуации стресса.

<«Не столько то, что незнакомо нам, приводит нас к беде. Куда опаснее то, что мы считаем безопасным». — Артимус Уорд (1834-1867)>

Изменение неадекватных убеждений. Используя технику **рационально-эмотивной терапии** Эллиса, терапевты указывают на иррациональные убеждения клиентов, предлагают более приемлемые установки и дают домашнее задание, которое дает возможность приобрести практические навыки в замене старых убеждений на новые (Ellis, 1997, 1995, 1962).

Рационально-эмотивная терапия — разработанная Альбертом Эллисом когнитивная терапия, помогающая людям определить и изменить иррациональные убеждения и ход мыслей, которые способствуют развитию психологических трудностей.

Исследования были ограничены, но изучение проблемы предполагает, что этот подход часто приносит некоторое облегчение тревожным людям (Lipsky et al., 1980). Этот подход проиллюстрирован следующей беседой между Эллисом и его клиентом — женщиной, испытывающей страх неудачи и неодобрения сотрудников, особенно в отношении метода испытаний, разработанного ею для своей компании:

Клиентка: Я нахожусь в таком смятении последние дни, что с трудом могу сосредоточиться на чем-либо дольше, чем на пару минут. У меня в мозгу постоянно крутятся мысли об этом ужасном методе испытаний, придуманном мной, и о том, что они вложили в него столько денег; и будет ли он работать или окажется пустой тратой времени и денег..

Эллис: во-первых, вы должны признать, что говорите себе что-то, чтобы начать беспокоиться, и вы должны начинать искать, именно искать эти абсурдные убеждения, которыми вы связываете свой разум. Вот ошибочное утверждение: «если мой метод тестирования не работает, если я работаю неэффективно, мои сотрудники не нуждаются во мне и не одобряют меня, так что я стану бесполезным человеком»...

Клиентка: Но если я хочу делать то, что от меня требует моя фирма, и оказываюсь для них бесполезной, разве тогда я не бесполезна для себя?

Эллис: Нет, пока вы сами не будете так считать. Конечно, вы расстроены, если хотите разработать хороший метод тестирования, а у вас не получается. Но нужно ли отчаиваться оттого, что вы расстроены? И нужно ли считать себя совершенно нестоящим человеком лишь потому, что вы не можете сделать одну из тех главных вещей, которые хотите совершить в своей жизни? (Ellis, 1962, p. 160-165)

Бек предлагает похожую, но более систематичную терапию случаев генерализованного тревожного расстройства, известную как **когнитивная терапия** (Beck, 1997, 1991, Beck & Emery, 1985). Этот подход на самом деле является последней адаптацией разработанной Беком эффективной терапии депрессии (что будет рассмотрено в главе 6). Исследователи уже подтвердили, что она часто понижает генерализованную тревожность до более приемлемого уровня (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Hollon & Beck, 1994).

Когнитивная терапия — терапия, разработанная Аароном Беком, помогающая людям определить и изменить неадекватные послышки и способы мышления, которые способствуют развитию психологических трудностей.

Крупным планом

Страхи и волнения: законы вероятности на нашей стороне

Люди с тревожными расстройствами имеют множество необоснованных страхов. К тому же миллионы других каждый день беспокоятся, как бы не случилось несчастье.

По большей части события, которые пугают нас, невероятны, и мы учимся жить по законам вероятности, а не по законам возможности. Видимо, эта способность и является тем, что отличает бесстрашных людей от людей, исполненных страха. Но какова вероятность того, что произойдут события, которых так часто боятся? Пределы вероятности широки, но случай твердо стоит на нашей стороне.

Городской житель станет жертвой насилия: 1 из 60.

Житель пригорода станет жертвой насилия: 1 из 1 000.

Житель небольшого города станет жертвой насилия: 1 из 2 000.

В этом году ребенок упадет с высокого стульчика и получит травму: 1 из 6 000.

В этом году вы подвергнетесь инспекции: 1 из 100.

Вы умрете на борту самолета: 1 из 4 000.

В вас попадет молния: 1 из 9 100.

Вы будете убиты кем-то в этом году: 1 из 12 000.

Вы будете убиты во время следующей автобусной поездки: 1 из 500 миллионов.

В вас попадет бейсбольный мяч на матче высшей лиги: 1 из 300 000.

В этом году вы утонете в ванне: 1 из 685 000.
Вы погибнете в авиакатастрофе: 1 из 4,6 миллиона.
Ваш самолет опоздает: 1 из 6.
В вашем доме в этом году случится пожар: 1 из 200.
Вы погибнете на пожаре: 1 из 40 200.
В коробке с яйцами окажется разбитое яйцо: 1 из 10.
У вас будет кариес: 1 из 6.
У маленького ребенка будет кариес: 1 из 10.
Вы заразитесь СПИДом путем переливания крови: 1 из 100 000.
Сапер будет ранен в течение года: 1 из 23.
Строитель получит производственную травму в течение года: 1 из 27.
Рабочий завода получит производственную травму в течение года: 1 из 37.
Фермер получит травму в течение года: 1 из 19.
Вы умрете от падения с высоты: 1 из 200 000.
На вас нападет акула: 1 из 4 миллионов.
В этом году у вас обнаружат рак: 1 из 8 000.
В течение жизни у женщины возникнет рак груди: 1 из 9.
В этом году у вас разовьется опухоль мозга: 1 из 25 000.
Предприниматель окажется неплатежеспособным или объявит о своем банкротстве в этом году: 1 из 55.
У пианиста когда-либо начнутся боли в пояснице: 1 из 3.
Вы погибнете в следующей автомобильной поездке: 1 из 4 миллионов.
Когда-либо вы погибнете в дорожно-транспортном происшествии: 1 из 140.
Когда-либо презерватив не поможет предотвратить беременность: 1 из 10.
Гормональные средства не помогут избежать беременности: 1 из 10.
Прерванный половой акт не поможет предотвратить беременность: 1 из 5.
(Krantz, 1992, адаптировано)

Обучение сопротивлению стрессу

Известный создатель клинических методик Дональд Мейченбаум (Meichenbaum, 1997, 1993, 1992, 1977) разработал когнитивную технику борьбы со стрессом, которая получила название **тренинг самоинструкций**, или прививка от стресса. Знание этой техники помогает людям избавиться от неприятных мыслей, которые усиливают их тревогу в сложных ситуациях (так называемые негативные самоубеждения), и заменять их самоубеждениями, помогающими справиться со стрессом.

Используя технику Мейхенбаума, люди изучают самоубеждения, которые могут оказаться полезными в разных стадиях ситуации стресса, — скажем, во время разговора с начальником о повышении. Во-первых, люди учатся говорить себе слова, готовящие их к стрессовой ситуации. Во-вторых, они изучают самоубеждения, которые позволяют им справиться с собой в ситуации стресса, если она наступает, например, когда они уже находятся в кабинете босса. В-третьих, они изучают самоубеждения, которые будут помогать им в сложные моменты, когда кажется, что ситуация складывается плохо, когда босс свирепо глядит на них, услышав просьбу о прибавке к жалованью. Наконец, они приобретают умение поздравить себя после того, как успешно справились с ситуацией. Вот несколько примеров этих четырех видов самоубеждений:

Подготовка к воздействию стрессора:

Что тебе требуется сделать?

Ты можешь разработать план, как с этим справиться.

Лучше просто подумай, что ты можешь с этим сделать. Это лучше, чем волноваться.

Противостояние стрессору и управление им.

Просто настройся — ты можешь встретиться с этой проблемой.

Эта напряженность может быть союзником — сигналом к тому, чтобы собраться с силами.

Расслабься: ты контролируешь себя. Сделай медленный, глубокий вдох.

Сопротивление чувству переполненности страхом Когда становится страшно, сделай паузу.

Сконцентрируйся на настоящем. Что тебе надо сделать?

Ты должен ожидать возрастания страха.

Не пытайся полностью избавиться от страха: просто учись управлять им.

Подкрепляющие самоубеждения: Это работает! Ты сделал это.

Это оказалось не так страшно, как ты ожидал.

Ты сделал из своего страха большее, чем он того заслуживал.

Твои проклятые идеи — вот в чем проблема. Когда ты контролируешь их, ты контролируешь свой страх.

Было доказано, что тренинг самоинструкций оказывает некоторую помощь в случаях генерализованного тревожного расстройства (Sanches-Canovas et al., 1991; Ramm et al., 1981) и довольно полезен людям, которые боятся тестирования, публичных выступлений; людям, переживающим стресс, связанный с изменениями в жизни, и тем, кто страдает легкими формами тревожных расстройств (Fausel, 1995; Meichenbaum, 1993, 1992, 1972). Он также с некоторым успехом применяется для подготовки спортсменов к соревнованиям и помогает людям вести себя менее импульсивно, контролировать гнев и боль (Meichenbaum, 1997, 1993; Novaco, 1977). Ввиду ограниченной эффективности тренинга самоинструкций в терапии тревожных расстройств, сам Мейхенбаум (Meichenbaum, 1972) предложил сочетать его с другими видами лечения. В самом деле, у тревожных людей, проходивших тренинг самоинструкций в сочетании с рационально-эмотивной терапией, состояние улучшилось в большей степени, чем у тех, кто проходил лишь один вид терапии (Glogower, Fremouw, & McCroskey, 1978).

Тренинг самоинструкций — когнитивная терапия, разработанная Дональдом Мейхенбаумом, обучающая людей использовать свои мысли (самоубеждения) для того, чтобы «держаться в руках» в стрессовой ситуации. Другое название — прививка от стресса.

Биологическая модель.

Сторонники этой модели утверждают, что генерализованное тревожное расстройство связано с биологическими факторами. В течение многих лет это убеждение было обосновано в основном **генеалогическим исследованием**, с помощью которого исследователи устанавливали, сколько родственников и какие родственники человека с расстройством имеют то же самое расстройство (см. табл. 4.1). Если предрасположенность к генерализованному тревожному расстройству является наследственной, то биологически родственные люди должны иметь похожую вероятность заболевания этим расстройством. Исследования действительно показали, что кровные родственники людей с генерализованным тревожным расстройством в большей степени, чем люди, не являющиеся родственниками больных, предрасположены к этому расстройству (Kendler et al, 1992; Carey & Gottesman, 1981). Примерно 15 % родственников людей с расстройством тоже обладают им — что значительно больше 4 % в основной популяции. И чем ближе родственная связь (у однояйцевых близнецов, например, по сравнению с разнородными близнецами или другими братьями (сестрами)), тем больше вероятность приобретения того же расстройства (Marks, 1986; Slater & Shields, 1969).

Таблица 4.1. Профиль заболеваемости тревожными расстройствами

	Распространенность за один год (%)	Соотношение женщины:мужчины	Возраст начала заболевания	Распространенность среди близких родственников
Генерализованное тревожное расстройство	3.8	2:1	0-20 лет	Повышенная
Агорафобия без панического расстройства	2.8	2:1	20-40 лет	Не определено
Социофобии	8.0	3:2	10-20 лет	Повышенная
Специфические фобии	9.0	2:1	Варьируется	Повышенная

(APA, 1994; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Davidson et al., 1991; Eaton et al., 1991.)

Генеалогическое исследование — метод исследования, позволяющий определить количество и состав родственников пациента, имеющих то же что и у него расстройство.

Конечно, нельзя быть полностью уверенным в биологической интерпретации этих данных. Исходя из них, можно также предположить, что генерализованное тревожное расстройство вызывается окружающими условиями. Поскольку родственники, как правило, живут в одних условиях, расстройства, которыми они страдают, могут отражать скорее схожесть условий обитания и воспитания, чем генетическую

близость. Действительно, чем ближе родственники, тем более схожи условия их существования. Вследствие того, что однояйцевые близнецы физически похожи друг на друга больше, чем разнородные, их воспитание может быть в большей степени схожим (Tambs, Harris, & Magnus, 1995).

<Психологические заметки. В человеческой ДНК находится 100 000 генов, более чем половина которых, по-видимому, предназначена для построения и обслуживания нервной системы (Nash, 1997).>

Биологическая теория возникновения генерализованного тревожного расстройства

Важные открытия, сделанные исследователями мозга в последние десятилетия, привели более четкие доказательства того, что генерализованное тревожное расстройство связано с биологическими факторами, в частности с биохимическими аномалиями в мозге (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1997). Первое открытие было сделано в 1950-х годах. Исследователи установили, что **бензодиазепины**, группа лекарств, включающая диазепам (Valium) и альпразолам (Xanax), обеспечивают снятие тревоги.

Начнем с того, что никто не мог сказать, почему бензодиазепины снимают тревогу. Ядерная томография, появившаяся в конце 1970-х гг., позволила исследователям точно определить участки мозга, подвергающиеся действию бензодиазепинов (Mohler & Okada, 1977; Squires & Braestrup, 1977). Очевидно, что определенные нейроны имеют молекулы-рецепторы, к которым бензодиазепины подходят, как ключ к замку. Ученые вскоре обнаружили, что эти же рецепторы обычно принимают **гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК)**, распространенный и важный нейротрансмиттер в мозге (Haefely, 1990; Costa et al., 1978, 1975). Нейротрансмиттеры — это химические соединения, передающие сообщения от одного нейрона другому (см. главу 2). ГАМК является **ингибитором**: контактируя с рецептором, останавливает передачу сигнала по нейрону.

Бензодиазепины — наиболее распространенная группа успокаивающих средств; включает в себя валиум (Valium) и ксанакс (Xanax).

Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) — нейротрансмиттер, с низкой активностью которого связывают генерализованное тревожное расстройство.

На основании сделанных открытий ученые сложили по частям схему реакций страха. При нормальной реакции страха ключевые нейроны по всему мозгу начинают действовать более быстро, возбуждая все большее число нейронов и создавая общее состояние возбудимости всего мозга и тела. Это состояние переживается как страх или как тревога. После того как работа нейрона продолжается некоторое время, она задействует систему обратной связи — деятельность мозга и тела, понижающую уровень возбудимости.

<Испытывают ли обезьяны тревогу? Экспериментаторы должны быть осторожными в интерпретации реакций подопытных животных. Они решили, что эта маленькая обезьянка испытывает страх, будучи оторванной от матери. Но ее переживания могут быть совершенно иными. Это может быть депрессия или возбуждение, не соотносящееся ни с какими человеческими чувствами.>

Некоторые нейроны в мозге производят нейротрансмиттер ГАМК, который затем связывается с ГАМК рецепторами определенных нейронов и дает им команду прекратить передачу сигнала. Состояние возбудимости угасает, и ощущение страха или тревоги уходит (Costa, 1995, 1983; Sanders & Shekhar, 1995).

Ученые считают, что ошибки в системе обратной связи могут привести к неконтролируемому распространению страха или тревоги (Lloyd, Fletcher, & Minchin, 1992). Действительно, когда некоторые исследователи понизили способность ГАМК связываться с рецепторами ГАМК, они обнаружили, что подопытные животные реагируют повышением тревожности (Costa, 1985; Mohler, Richards, & Wu, 1981).

Исходя из этого, можно предположить, что у людей с генерализованным тревожным расстройством имеются неполадки в работе обратной связи. Возможно, в их мозге образуется недостаточный запас ГАМК. Возможно, у них мало рецепторов ГАМК или их рецепторы ГАМК не так охотно связываются с нейротрансмиттерами.

Это объяснение может быть верным, но существуют некоторые проблемы. Во-первых, дальнейшие биологические открытия усложнили картину. Например, было обнаружено, что ГАМК является лишь одним из химических соединений в организме, которые способны связываться с важными рецепторами ГАМК (Bunney & Carland, 1981). Не могут ли эти другие соединения быть критическими факторами контроля тревоги мозгом? Другая проблема заключается в том, что большая часть

исследований биологии тревоги была проведена на лабораторных животных. Когда исследователи вызывают реакции страха у животных, они предполагают, что животные испытывают чувства, похожие на тревогу человека, по уверенным в этом быть нельзя (Newman & Farley, 1995; Kalin, 1993). Возможно, животные испытывают высокий уровень возбуждения, совсем иного по своей природе, чем тревога у человека.

Наконец, сторонники биологической модели столкнулись с проблемой установления причинных связей. Хотя исследования связывают физиологическое функционирование с генерализованным тревожным расстройством, они не могут доказать, что физиологические события *вызывают* расстройство. Биологические реакции тревожных людей могут являться результатом, а не причиной их тревожных расстройств. Например, есть такое предположение, что долговременное чувство тревоги в конечном счете приводит к уменьшению возможности рецепторов связываться с ГАМК.

Биологические методы лечения

Основным биологическим методом лечения тревожных расстройств является назначение успокаивающих препаратов. Действительно, трудно представить в нашем обществе человека, незнакомого со словами «транквилизатор» или «седуксен». Другие биологические методы — это *тренинг релаксации*, путем которого люди учатся расслаблять мышцы своего тела, и *биологическая обратная связь*, когда клиенты учатся контролировать скрытые биологические процессы, влияющие на их проблемы.

Успокаивающие препараты. До 1950-х годов для лечения тревожных расстройств применялась в основном группа лекарственных средств под названием барбитураты (Ballenger, 1995; Nishimo, Mignot, & Dement, 1995). В небольших дозах эти препараты использовались как успокоительное, а в больших — как снотворное средство, поэтому их обычно называют **седативно-снотворными лекарствами**. Тем не менее применение барбитуратов не является безопасным. Люди, использующие их, становятся вялыми и сонливыми, превышение дозировки может привести к смерти, и те, кто принимает барбитураты в течение долгого времени, могут приобрести физическую зависимость от них. В 1950-х годах был разработан и запущен в производство препарат мепробамат как новый вид седативно-снотворных средств под торговым названием Miltown (Cole & Yonkers, 1995; Berger, 1970). Это лекарство было менее опасно и привыкание к нему возникало медленнее, чем к барбитуратам, но и его побочным действием была сонливость.

Седативно-снотворные средства — препараты, которые в небольших дозах действуют успокаивающе, а в больших дозах помогают людям уснуть.

Наконец, в конце 1950-х начался выпуск другой группы успокаивающих средств — бензодиазепинов (см. табл. 4.2). Эти препараты быстро приобрели популярность среди специалистов в области психического здоровья, потому что казалось, что они снижали уровень тревоги и не влияли пагубно на активность людей. Снижая напряженность в ночное время, они способствовали быстрому засыпанию, благодаря чему получили широкое распространение в качестве снотворных средств. Врачи и пациенты были склонны рассматривать бензодиазепины как совершенно безопасный вид седативно-снотворных препаратов, так что вскоре они стали одними из наиболее часто назначаемых лекарств в Соединенных Штатах (Strange, 1992).

Таблица 4.2. Препараты, снижающие уровень тревоги

Классовое (непатентованное) название	Торговое название
<i>Бензодиазепины</i>	
Альпразолам	Xanax
Хлордiazепоксид	Librium
Клоназепам	Klonopin
Клоназепат дипотассиум	Tranxene
Диазепам	Valium
Лоразепам	Ativan
Оксазепам	Serax
Празепам	Centrax
<i>Азаспироны</i>	

Буспирон	BuSpar
<i>Бета-блокаторы</i>	
Пропранолол	Inderal
Атенолол	Tenormin

Лишь несколько лет назад исследователи начали понимать причины их эффективности. Как было сказано выше, исследователи узнали о существовании специфических нейронных участков в мозге, связывающихся с производными бензодиазепинов (Mohler & Okada, 1977; Squires & Braestrup, 1977). Это те же самые рецепторные точки, которые обычно принимают ГАМК, нейротрансмиттер, который останавливает работу нейрона, замедляет физическое возбуждение и снижает уровень тревоги (Primus et al., 1996; Sanders & Shekhar, 1995).

Когда бензодиазепины прикрепляются к этим рецепторным точкам нейронов, особенно к рецепторам, известным как ГАМК-А рецепторы, они повышают способность ГАМК связываться с ними и в то же время увеличивают способность ГАМК замедлять передачу сигнала по нейрону и снижать физическое возбуждение (Ballenger, 1995).

Бензодиазепины чаще назначают для лечения генерализованного тревожного расстройства, чем для лечения большей части других тревожных расстройств (Uhlenhuth et al., 1995). Контрольные исследования показали, что они иногда приносят небольшое временное облегчение (Ballenger, 1995; Taylor, 1995). Но в последние годы клиницисты начали понимать потенциальную опасность использования этих препаратов (Schweizer & Rickels, 1996; Lader, 1992). Во-первых, когда люди прекращают прием этих лекарств, ко многим их тревожность возвращается, причем несколько не ослабленной (Ballenger, 1995; Taylor, 1995). Во-вторых, теперь нам известно, что люди, принимающие бензодиазепины в больших дозах длительное время, могут приобрести физическую зависимость от них. В-третьих, эти лекарственные средства могут давать нежелательный побочный эффект в виде сонливости, трудностей с концентрацией внимания, ухудшения памяти, депрессии или агрессивного поведения (Elsesser et al., 1996; Primus et al., 1996). И наконец, хотя бензодиазепины сами по себе не представляют угрозы для организма, клиницисты выяснили, что они усиливают действие других веществ, например, алкоголя (Ballenger, 1995; Uhlenhuth et al., 1995). Если люди под действием этих успокоительных препаратов принимают хотя бы небольшое количество алкоголя, их дыхание может опасно замедлиться, вплоть до летального исхода.

<Вопросы для размышления. Как следует назначать успокоительные средства, чтобы они оказали свое полезное действие с минимальным побочным эффектом?>

<Средство от всех болезней. В начале XX века компании, производящие медикаменты, не должны были доказывать безопасность или ценность выпускаемой ими продукции. «Соль для мозга», патентованное средство от тревожности и связанных с ней проблем, обещало избавить также и от нервных болезней, головной боли, нарушения пищеварения, сердцебиения и бессонницы.>

В последние годы для лечения генерализованного тревожного расстройства используется несколько новых видов успокоительных средств (Roy-Byrne & Wingerson, 1992). Одна из этих групп, бета-блокаторы, в лучшем случае дает лишь незначительное улучшение состояния (Meibach, Mullane, & Binstok, 1987). Эти средства с большим успехом применяются для лечения страха выступлений перед аудиторией. Например, их иногда с успехом использовали музыканты, ораторы для своих выступлений (Taylor, 1995). В то же время был найден другой вид успокоительных средств, буспирон, который обладает той же эффективностью, что и бензодиазепины, и к которому реже формируется физическая зависимость (Schweizer & Rickels, 1997; Cole & Yonkers, 1995).

Тренинг релаксации. Этот тренинг является биологической техникой, часто применяемой для лечения генерализованного тревожного расстройства. Одна из его методик заключается в том, что терапевты обучают клиентов расслаблять мышцы всего тела. Предпосылкой этой терапии является гипотеза о том, что путем расслабления мускулатуры достигается состояние психологической расслабленности. Пройдя курс, состоящий из нескольких сессий и домашних заданий, клиенты учатся различать отдельные группы мышц, напрягать их, снимать напряжение и совершенно расслаблять все тело. После продолжительной практики они могут волевым усилием войти в состояние глубокого мышечного расслабления.

Предполагается, что тревожные люди, прошедшие тренинг релаксации, будут

способны расслабиться в ситуации стресса, таким образом снижая или предотвращая тревогу. Исследования показали, что тренинг релаксации для людей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, более эффективен, чем плацебо-терапия или отсутствие терапии (De-Rubeis & Crits-Christoph, 1998; Bernstein & Carlson, 1993). Тем не менее улучшение, которое он дает, довольно невелико, и другие распространенные техники снятия напряжения, как, например, медитация, зачастую имеют такую же эффективность (Kabat-Zinn et al, 1992; Mathew, 1984).

Тренинг релаксации — терапевтическая процедура, обучающая людей волевым усилием входить в состояние расслабления, что дает им возможность успокоиться в ситуации стресса.

<Вопросы для размышления. Какие другие техники, кроме целенаправленной релаксации, могут помочь людям расслабиться при столкновении со стрессорами повседневной жизни?>

Тренинг релаксации хорошо помогает в случае генерализованного тревожного расстройства, если его совмещать с когнитивной терапией или с биологической обратной связью (Taylor, 1995; Butler et al., 1991, 1987).

Биологическая обратная связь. Терапевты, использующие биологическую обратную связь, учат людей контролировать свои физиологические процессы, такие как частота пульса или мышечное напряжение. Клиенты подключены к монитору, на котором непрерывно отображается информация об их физиологической активности. Следуя инструкциям терапевта и следя за сигналами на мониторе, они постепенно учатся контролировать даже те физиологические процессы, которые кажутся произвольными. Например, терапевтам удается научить людей по желанию замедлять ритм сердца или снижать кровяное давление (Chen & Cui, 1995; Wittrock et al., 1995).

<Современная релаксация. Для снижения тревоги могут быть использованы техники релаксации. Руководящие работники находятся под воздействием исходящих из специальных очков и наушников звуковых и световых вспышек, предназначенных для того, чтобы погрузить их мозг в состояние глубокого расслабления.>

Биологическая обратная связь также используется для снижения мышечного напряжения, и посредством этого — для снижения чувства тревоги (Somer, 1995; Stoyva & Budzinski, 1993). Наиболее широко распространенный метод использует такое устройство, как электромиограф (ЭМГ), который информирует об уровне мышечного напряжения тела. К мышцам человека (обычно к мышцам лба) прикреплены электроды, которые определяют самую незначительную электрическую активность, сопровождающую мышечное напряжение (см. рис. 4.4). Затем устройство переводит электрические потенциалы, идущие от мышц, в сигнал: линии на мониторе или звук, который меняется с изменениями мышечного напряжения. Путем проб и ошибок клиенты овладевают умением произвольно снижать мышечное напряжение и, теоретически, снижать напряжение и тревогу в ситуации стресса. Исследования показали, что биологическая обратная связь с использованием ЭМГ помогает как здоровым, так и тревожным людям несколько снижать уровень тревоги (Hurley & Meminger, 1992; Rice & Blanchard, 1982).

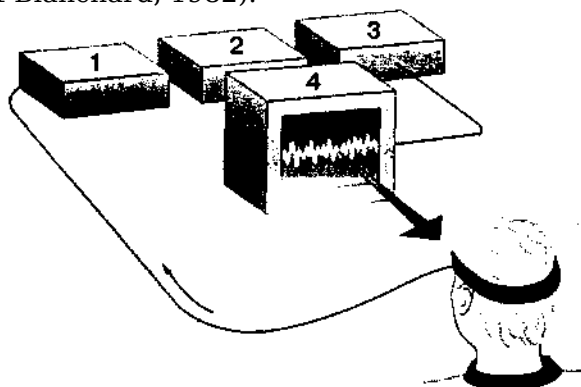


Рисунок 4.4. Работа биологической обратной связи. Эта система биологической обратной связи регистрирует напряжение в мышцах лба человека, страдающего тревожным расстройством. Система получает сигнал, усиливает его, переводит в образ и выводит на монитор информацию об уровне напряжения, позволяя клиенту «наблюдать» его и пытаться уменьшить свои тревожные реакции. (1 — приемник, 2 — усилитель, 3 — преобразователь, 4 — монитор.)

Биологическая обратная связь — терапевтическая техника, в которой человеку

предоставляется информация о его физиологических реакциях по мере их возникновения, посредством чего человек учится произвольно контролировать их. Электромиограф (ЭМГ) — устройство, которое обеспечивает обратную связь с мышечным напряжением тела.

В 1960-х и 1970-х годах многие даже провозглашали биологическую обратную связь подходом, который изменит медицину. Хотя этого не произошло, эта техника до сих пор оказывает большую пользу в роли дополнительного средства в лечении некоторых физических проблем, например, головной боли, боли в пояснице, желудочно-кишечных расстройств, припадков и таких нервно-мышечных расстройств, как церебральный паралич (Labbe, 1995; Newton et al., 1995).

Резюме

Люди с генерализованным тревожным расстройством испытывают чрезмерную тревогу и беспокоятся о многочисленных событиях и действиях. Различные теории возникновения и методы лечения этого расстройства получили незначительное подтверждение исследованиями, хотя современный когнитивный и биологический подходы кажутся перспективными.

Социокультурный подход. Согласно социокультурной точке зрения, нарастание социальных опасностей и давления может создавать условия, которые благоприятствуют развитию генерализованного тревожного расстройства.

Психодинамический подход. Фрейд считал, что генерализованное тревожное расстройство может развиваться вследствие разрушения защитных механизмов или их недостаточного функционирования. Сторонники психодинамического подхода используют метод свободных ассоциаций, интерпретацию и подобные психодинамические техники, чтобы помочь людям справиться с их трудностями.

Гуманистический и экзистенциальный подходы. Карл Роджерс, ведущий теоретик гуманистического подхода, утверждал, что люди с генерализованным тревожным расстройством не получили в детстве безусловного позитивного отношения к себе со стороны значимых для них людей и поэтому стали слишком критично относиться к себе. Он разработал для таких людей клиент-центрированную терапию.

Экзистенциалисты считают, что генерализованное тревожное расстройство происходит из экзистенциальной тревоги, которую испытывают тревожные люди, зная, что жизнь имеет границы, и предполагая, что она может оказаться бессмысленной. Экзистенциальные терапевты помогают людям принять на себя ответственность и наполнить свою жизнь смыслом.

Когнитивный подход. Сторонники когнитивного подхода считают, что причиной генерализованного тревожного расстройства являются неадекватные убеждения, из-за которых люди большую часть жизненных ситуаций расценивают как угрожающие. Когнитивные терапевты помогают тревожным людям изменить эти убеждения и учат, как держать себя в руках в ситуации стресса.

Биологический подход. Сторонники биологического подхода утверждают, что генерализованное тревожное расстройство развивается вследствие низкой активности нейротрансмиттера ГАМК. Наиболее распространенным биологическим лечением является назначение успокоительных средств, особенно бензодиазепинов. Во многих случаях используются также тренинг релаксации и биологическая обратная связь.

Фобии.

Фобия (от греческого «страх») — это стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, действиями или ситуациями. Люди, страдающие фобией, испытывают страх даже при мысли о предмете или ситуации, пугающих их (Thorpe & Salkovskis, 1995), но обычно они чувствуют себя вполне комфортно до тех пор, пока им удается избегать этого предмета и мыслей о нем. Большинство из них хорошо понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны. Некоторые не имеют представления о происхождении своих страхов.

Фобия — стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, действиями или ситуациями.

У каждого из нас есть некоторые области, внушающие особый страх. Это нормально, когда какие-то вещи расстраивают нас больше других, возможно даже, что на разных этапах нашей жизни это будут разные вещи. Обследование жителей Берлингтона в Вермонте показало, что страхи толпы, смерти, травм, болезней и одиночества более

распространены среди шестидесятилетних людей, чем среди людей других возрастных групп (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969). У двадцатилетних чаще встречается боязнь змей, высоты, грозы, закрытых помещений и социальных ситуаций (см. рис. 4.5).

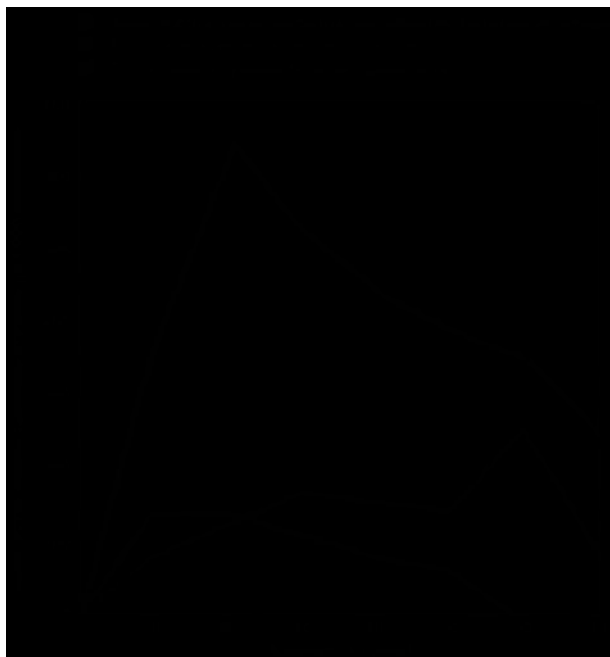


Рисунок 4.5. Определенные возрастные группы обычно обладают определенными страхами. Около 70% двадцатилетних — больше, чем любая другая возрастная группа обследуемых в Вермонте, — боятся змей и высоты. Люди шестидесятилетнего возраста, напротив, больше молодых боятся толпы и смерти. (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969, p. 153, адаптировано)

Чем эти распространенные страхи отличаются от фобий? Чем, например, «естественный» страх перед змеями отличается от фобии змей? DSM-IV указывает, что фобия является более сильной и стойкой, и желание избегать предмета или ситуации более велико (APA, 1994). Люди с фобиями испытывают такое напряжение, что их страхи могут драматическим образом влиять на личную, социальную или профессиональную жизнь этих людей.

Фобии широко распространены в нашем обществе. Согласно исследованиям, на каждый взятый год от 10 до 11% взрослого населения Соединенных Штатов страдают фобиями (Magee et al., 1996; Regier et al., 1993; Eaton et al., 1991). Более чем у 14% населения развивается фобия на каком-то отрезке их жизни. Женщины страдают фобиями в два раза чаще мужчин.

Типы фобий.

DSM-IV подразделяет фобии на три категории: агорафобия, социофобии и специфичные фобии. **Агорафобия** (от греческого «страх рыночной площади») — это страх появления в общественных местах, особенно без сопровождения. **Социофобии** — страх социальных ситуаций или ситуаций выступления, когда может возникнуть замешательство. Все другие фобии классифицируются как *специфические фобии*.

Агорафобия

Люди с агорафобией боятся покидать свой дом и посещать общественные места. Как правило, они опасаются появления у них там тревожащих симптомов, таких как головокружение, сердцебиение, замедление дыхания, и что они окажутся не в состоянии справиться с ними или получить помощь (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Ежегодно от 2 до 4% взрослых в Соединенных Штатах испытывают этот страх, причем у женщин он встречается в два раза чаще (Magee et al, 1996; Eaton et al, 1991). Агорафобия обычно формируется у двадцати-тридцатилетних людей, таких как Вероника:

Несколько месяцев до обращения за терапией Вероника была неспособна выйти из собственного дома... «Словно что-то ужасное произойдет со мной, если я немедленно не вернусь домой». Даже после возвращения домой она около часа чувствовала внутреннюю дрожь и не могла ничего делать и ни с кем говорить. Тем не менее, пока она оставалась у себя дома или в своем саду, она могла вести свою рутинную жизнь без особых проблем... По причине агорафобии она не смогла вернуться на свое место

преподавателя математики в местной средней школе после летних каникул. (Goldstein & Palmer, 1975, p. 163-164)

Агорафобия — обширная фобия, при которой люди, страдающие ею, боятся покидать свой дом и посещать общественные места или попадать в ситуации, где, как они считают, можно испытать тревожащие симптомы и оказаться не в состоянии справиться с ними или получить помощь.

Во многих случаях интенсивность агорафобии колеблется. В тяжелых случаях люди фактически становятся пленниками своих собственных домов. Их социальная жизнь теряет значение, они не могут удержаться на работе. Люди с агорафобией могут впасть в депрессию, зачастую по причине жестких ограничений, накладываемых фобией на их жизнь.

Многие люди, страдающие агорафобией, испытывают сильные и внезапные вспышки страха, называемые *приступами паники* (или *паническими атаками*), когда они попадают в общественные места. Этот случай агорафобии считают *паническим расстройством с агорафобией*, особым типом тревожных расстройств, поскольку в этом расстройстве содержится нечто большее, чем всеобъемлющая боязнь выхода из дома. Это расстройство, которое будет обсуждаться в следующей главе, имеет, как считается, иное происхождение, чем фобии, о которых говорится здесь (Pollard et al., 1996).

<**Агорафобия.** Картина Джорджа Тукера «Подземка» передает чувство угрозы и ощущение попадания в ловушку, которые многие люди, страдающие агорафобией, испытывают, посещая общественные места.>

Социофобии

Многие люди волнуются, когда им предстоят встречи с другими, или беседы, или выступление перед людьми. Оперная певица Мария Каллас, например, часто дрожала от страха, ожидая за кулисами момента выхода на сцену (Marks, 1987). Такие нормальные социальные страхи доставляют некоторые неудобства, но люди, несмотря на их наличие, продолжают активно работать, некоторые очень продуктивно.

Напротив, люди с социофобией обладают сильными, стойкими и необоснованными страхами социальных ситуаций или выступлений, в которых они могут впасть в замешательство (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении).

Социофобия — *сильный и стойкий страх перед социальными ситуациями или выступлениями, в которых может наступить замешательство.*

Социофобия может быть *специфической*, например, страх перед разговорами или выступлениями, страх приема пищи в общественном месте, пользования общественной уборной, написания чего-то на виду у других, или она может быть *более широким* страхом неадекватных действий, когда на человека смотрят другие люди (Norton et al., 1997). И в том и в другом случае люди обвиняют себя в том, что они поступают хуже, чем есть в действительности (Rapee & Hayman, 1996).

Социофобия сильно влияет на жизнь людей (Stein et al., 1994; Liebowitz, 1992).

Человек, неспособный взаимодействовать с другими или выступать перед людьми, может не справиться с выполнением ответственной работы. Тот, кто не может есть в присутствии других, может отклонять приглашения на ужин и другие социальные возможности. Так как большинство людей с этой фобией держат свои страхи в секрете, подобные отказы часто неверно интерпретируются как снобизм, отсутствие интереса или упрямство.

Несомненно, социофобии более распространены, чем агорафобия. По ежегодным данным, около 8% населения испытывают эти проблемы, на трех женщин с социофобией приходится два мужчины (Magee et al., 1996; APA, 1994). Это расстройство часто начинается в позднем детстве или в юности, и может продолжаться годами, хотя его интенсивность со временем может меняться.

Сцены из современной жизни

Фальшивые ноты

Согласно недавнему обследованию тысячи шестисот профессиональных музыкантов, двое из каждых десяти оркестрантов в Великобритании принимают психотропные средства, чтобы успокоить нервы (Hall, 1997). В целом 22% музыкантов заявили, что у них были длительные периоды тревоги и 28% испытывали депрессию. Около 40% страдают бессонницей. У многих учащено дыхание.

Три четверти опрошенных музыкантов так волнуются во время выступления, что это отражается на их игре. Как результат, один из десяти принимает *бета-блокаторы*, — средства, которые, как считается, помогают выступать, замедляя сердцебиение и снимая дрожь. Около 6% музыкантов перед выступлением употребляют алкоголь.

<Вопросы для размышления. Почему такое большое число профессиональных исполнителей особенно подвержено социальной тревожности? Не могут ли их постоянные появления перед публикой привести к снижению страха? Возможно ли, что во многих случаях страх выступления перед аудиторией начался до выбора музыкантами своей профессии?>

Специфические фобии

Специфическая фобия — это стойкий страх перед специфическим объектом или ситуацией — конечно, другими, нежели пребывание в общественном месте (агорафобия), или социальными ситуациями, вызывающими замешательство (социофобия). Встречаясь с таким объектом или попадая в такую ситуацию, люди, страдающие этим расстройством, испытывают приступ страха (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении).

Специфическая фобия — *сильный и стойкий страх перед специфическим объектом или ситуацией (исключая агорафобию и социофобию).*

Распространенными специфическими фобиями являются сильный страх перед определенными животными или насекомыми, боязнь высоты, закрытых помещений и грозы. Вот несколько описаний «из первых уст» (взято из Melville, 1978):

Пауки (арахнофобия): *При виде паука я цепенею от страха, вся дрожу. Меня бросает в жар, кружится голова. Меня иногда тошнит, и однажды я упала в обморок, не в силах вынести этого. Эти симптомы продолжаются три или четыре дня после того, как я увижу паука. Реалистичный рисунок может вызвать у меня такую же реакцию, особенно если я случайно положу на него руку.*

Полеты (аэрофобия): *Мы поднялись на борт, и затем начался взлет. Потом повторилось это ужасное ощущение, что мы набираем скорость. Меня снова охватило это давнишнее чувство паники. Все вокруг, и я в том числе, были как щенки, привязанные к креслам, не властные над своей судьбой. Каждый раз, когда самолет менял скорость или направление, мое сердце прыгало, и я спешил спросить, что случилось. Когда самолет начал сбрасывать высоту, я испугался, что мы разобьемся.*

Грозы (тонитрофобия): *Каждый год в конце марта я начинаю сильно волноваться, поскольку приближается лето и будут грозы. Я боюсь их с двадцати лет, но последние три года еще больше. У меня начинается такое сердцебиение, что несколько часов после грозы болит вся левая сторона тела... Я говорю себе, что останусь в комнате, но когда разражается гроза, становлюсь как желе, превращаюсь в ничто. У меня есть небольшой шкаф, и я забираюсь в него, зажимаюсь так сильно, что потом ничего не вижу около часа, и если я сижу в шкафу более часа, моему мужу приходится расправлять меня.*

Ежегодно около 9% населения Соединенных Штатов имеют симптомы специфической фобии (APA, 1994; Kessler et al, 1994). 11% страдают специфическими фобиями в какой-то период своей жизни, и у многих людей наблюдается несколько специфических фобий одновременно (Magee et al., 1996; Eaton et al., 1991). У женщин подобное расстройство встречается в два раза чаще, чем у мужчин (Fredrikson et al., 1996).

Влияние специфических фобий на жизнь человека зависит от того, что вызывает страх. Некоторых вещей проще избежать, чем других. Люди, боящиеся собак, насекомых или воды, будут так или иначе встречаться с предметами своего страха. Их старания избежать встречи с ними должны быть очень усердными и могут сильно нарушить ход их жизни. Люди, боящиеся змей, встречают их очень редко.

Как показано на рисунке 4-6, большая часть людей со специфическими фобиями — почти 90% — не обращается за лечением. Им проще избегать встречи с предметами своего страха (Regier et al., 1993).

Специфические фобии могут развиться в любой период жизни, хотя некоторые из них, например фобии животных, имеют тенденцию формироваться в детстве, и со временем могут исчезнуть сами по себе (APA, 1994). Фобии, которые продолжаются или начинаются во взрослом возрасте, имеют тенденцию сохраняться и уменьшаются лишь в результате лечения.

<Вопросы для размышления. Спросите людей, чего они боятся, и возможно, вы станете обладателем длинного перечня угрожающих предметов или ситуаций. Тем не менее большинство людей живут без особых трудностей и никогда не обращаются за лечением. Отличаются ли страхи этих людей от фобий? Или некоторые люди просто более способны обходить свои фобии, нежели другие?>

Теории возникновения фобий.

Каждая из моделей предлагает свою теорию возникновения фобий.

Психодинамическая модель Фрейда когда-то имела наибольшее влияние, но в последние годы большее внимание и поддержку получила теория бихевиористов.

Психодинамическая теория

Фрейд считал, что фобии являются результатом излишнего использования человеком защитных механизмов *вытеснения* и *переноса* для контролирования скрытой тревоги. Такие люди часто оттесняют сигналы, вызывающие тревогу, глубже в бессознательное (вытеснение) и перемещают свои страхи на нейтральные объекты или ситуации, с которыми легче справиться и которые проще контролировать (перенос). Хотя новые предметы страха зачастую связаны с угрожающими сигналами, людей не беспокоит эта связь.

Рассмотрим у Фрейда (1909 г.) знаменитый случай исследования фобии маленького Ганса, четырехлетнего мальчика, у которого, как казалось, внезапно развился сильный страх перед лошадьми. Фрейд доказывал, что семена этой фобии были посеяны за несколько месяцев до ее начала. Когда Гансу было три года, он начал выражать сексуальные чувства к своей матери, манипулируя своим пенисом и обращаясь к матери с просьбой положить на него палец. Она ответила угрозой отрезать его пенис и подчеркнула, что его желания совершенно неприличны. Согласно Фрейду, эта угроза так напугала Ганса, что он начал бессознательно бояться, что отец тоже узнает о его желаниях и кастрирует его. Однако Ганс не сознательно боялся своих импульсов Ид, своей матери и своего отца, напротив, он вытеснил эти импульсы и перенес свои страхи на нейтральный объект — на лошадей. Его выбор пал на лошадей, по предположению Фрейда, поскольку мальчик ассоциировал их со своим отцом.

Фрейдовская теория возникновения фобий, как и его теория возникновения генерализованного тревожного расстройства, с годами не получила большой научной поддержки. Сторонники современной психодинамической, гуманистической, когнитивной и биологической моделей тоже оказались не в состоянии пролить свет на причину возникновения фобий у людей. Напротив, теория возникновения фобий, предложенная бихевиористами, получила значительную научную поддержку и является на сегодняшний день наиболее влиятельной в клинической сфере.

Бихевиористская теория

Бихевиористы считают, что люди с фобиями формируют свой страх перед определенными объектами, ситуациями или событиями путем классического обусловливания. Однажды испытав страх, люди избегают пугающих объектов или ситуаций, теряя возможность обрести контроль над своим страхом.

Выработка реакций страха и избегания. Бихевиористы предложили **классическое обусловливание** в качестве обычного пути приобретения реакций страха на объекты или ситуации, которые не являются опасными в действительности (Wolpe & Plaud, 1997). При классическом обусловливании два одновременно происходящих события становятся прочно связанными друг с другом в уме человека, и затем человек одинаково реагирует на каждое из них (см. главу 2). Если одно событие вызывает реакцию страха, то ее может вызывать и другое событие.

Классическое обусловливание — процесс научения, в котором два события, неоднократно возникающие одновременно, связываются в уме человека друг с другом, в результате чего вызывают одинаковую реакцию.

Заболевание	Процент взрослых, имеющих заболевание и при этом проходящих терапию, %	Количество взрослых (за год), проходящих терапию, млн.
генерализованное тревожное расстройство	27	1,6
агорафобия	23	1,4
социофобии	21	0,5
специфические фобии	12	1,5

Рисунок 4.6. Кто обращается за терапией тревожных расстройств? Ежегодно в Соединенных Штатах более четверти людей, страдающих генерализованным тревожным расстройством, проходят терапию. В то же время за врачебной помощью обращается лишь одна восьмая часть людей со специфическими фобиями как расстройствами, менее влияющими на жизнь (Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Boyd et al., 1990).

В 1920-х годах ученые описали случай молодой женщины, которая, несомненно,

приобрела фобию текущей воды путем классического обусловливания (Bagby, 1922). Семилетним ребенком она отправилась на пикник со своей матерью и тетей и после завтрака одна убежала в лес. Карабкаясь по большим камням, она обнаружила, что ее нога застряла между двумя из них. Чем яростнее она старалась освободиться, тем сильнее застревала. Никто не слышал ее криков, и она пугалась все больше и больше. На языке бихевиористов эта ловушка из камней формировала реакцию страха:

Ловушка — Реакция страха

Пытаясь освободить ногу, девочка слышала неподалеку шум водопада. Звук бегущей воды связался в ее уме с яростным сражением с камнями, и у нее также выработался страх перед бегущей водой:

Бегущая вода — Реакция страха

Наконец тетя нашла плачущего ребенка, освободила его и успокоила, но психологическая травма уже была нанесена. С того дня девочка боялась шума бегущей воды. В течение многих лет членам семьи приходилось заставлять ее принимать душ. Когда она путешествовала поездом, ее друзьям приходилось закрывать окна, чтобы она не видела никаких рек. Очевидно, что у молодой женщины образовалась фобия путем формирования условного рефлекса, который понятным образом создает *обусловленную реакцию* (ОР) страха.

<«У детей всегда плохо получалось слушаться старших, зато им всегда отлично удавалось им подражать». — Джеймс Болдуин, «Пятая авеню»>

В терминах условно-рефлекторной теории, ловушка представляла собой *безусловный стимул* (БС), Бегущая вода представляла собой *условный стимул* (УС), который ранее был нейтральным, но стал в уме ребенка ассоциироваться с ловушкой и начал так же вызывать реакцию страха. Новоприобретенный страх являлся *условной реакцией* (УР):

БС: Ловушка — ОР: Страх

УС: Бегущая вода — УР: Страх

Приобретение реакций страха может происходить также посредством моделирования, то есть путем наблюдения и подражания (Bandura & Rosenthal, 1966). Человек может наблюдать, как другие боятся каких-то предметов или событий, и сам приобрести страх перед ними. Примером может служить маленький мальчик, мама которого боится болезней, врачей и больниц. Если она неоднократно демонстрирует свои страхи, вскоре и сам мальчик, возможно, будет испытывать страх перед болезнями, врачами и больницами.

Моделирование — процесс научения, в котором человек наблюдает за другими и затем подражает им; также — терапевтический подход, основанный на том же принципе.

Почему чьи-то неприятные переживания превращаются в долговременную фобию? Разве не должна была девочка, попавшая в ловушку, впоследствии убедиться, что бегущая вода не принесет ей никакого вреда? Разве не должен мальчик с возрастом понять, что болезни временны, а врачи и больницы полезны? Бихевиористы считают, что после приобретения реакции страха люди стараются *избегать* того, что пугает их. Всякий раз, когда они обнаруживают, что приблизились к пугающему их объекту, они спешат удалиться от него. К тому же они могут заранее планировать свои действия, чтобы избежать подобной встречи. Вспомните, что друзья девушки закрывали окна в поездах, чтобы она могла не видеть реки. Люди с фобиями не сталкиваются с пугающими их предметами достаточно часто для того, чтобы убедиться в их безвредности (Kim & Hoover, 1996; Mowrer, 1947, 1939).

Бихевиористы предполагают, что приобретенные специфические страхи, когда их у человека набирается большое количество, перерастают в генерализованное тревожное расстройство. Такой результат может получаться вследствие генерализации стимулов: реакцию, сформированную на одни стимулы, могут вызывать похожие стимулы. Приобретенный девочкой, застрявшей среди камней, страх перед бегущей водой мог генерализоваться и вызываться такими похожими стимулами, как звук наливаемого в стакан молока или энергичная музыка. Предположим, человек испытал несколько травмирующих событий, каждое из которых вызвало реакцию страха на один-два стимула, а затем произошла генерализация стимулов на схожие. У этого человека формируется большое количество страхов, и в конце концов он может заболеть генерализованным тревожным расстройством.

Генерализация стимулов — феномен, в котором реакцию, сформированную на одни стимулы, вызывают схожие стимулы.

Научное исследование бихевиористской теории формирования фобий. Некоторые лабораторные эксперименты обнаружили, что у людей и животных

действительно можно выработать реакцию страха путем формирования условного рефлекса (Miller, 1948; Mowrer, 1947, 1939). В известном отчете о результатах исследования психологи Джон Уотсон (John B. Watson) и Розали Райнер (Rosalie Rayner) (1920) описали, как они обучили малыша, называемого маленький Альберт, бояться белых крыс. Несколько недель Альберту разрешали играть с белой крысой, и это доставляло ему удовольствие. Однажды, когда Альберт потянулся к крысе, экспериментатор ударил молотком по стальной пластине, издав очень громкий звук, испугавший и расстроивший ребенка. Уотсон (1930) описывал это так: «В то мгновение, как ему показывали крысу, ребенок начинал плакать ...и уползал прочь от нее так быстро, что с трудом удавалось поймать его, пока он не добрался до края матраца» (с. 161).

<Зрители, осторожно! Когда люди видят, как другие боятся какого-то предмета или ситуации, у них самих может сформироваться страх перед этим предметом (моделирование). Фильм Альфреда Хичкока «Птицы» привел в 1960-е годы к увеличению количества случаев орнитофобии (боязни птиц).>

<Вопросы для размышления. В наши дни Комитеты по охране прав человека, возможно, не разрешили бы Уотсону и Райнер проводить их эксперимент с маленьким Альбертом. Что в этом эксперименте могло вызвать их беспокойство? Перевесит ли их тревога важность открытия, полученного в результате эксперимента?>

Исследования также подтвердили предположения бихевиористов о том, что страхи могут возникнуть вследствие моделирования. Например, психологи Альберт Бандура (Albert Bandura) и Теодор Розенталь (Theodore Rosenthal) (1966) показывали людям, как человек, казалось, подвергался удару электричеством каждый раз, когда звучала сирена. На самом деле жертвой являлся помощник экспериментатора — в исследовательских терминах, *сообщник*, — который изображал по сигналу сирены, что он испытывает боль, дергаясь и вопя.

После того, как не подозревающие о подвохе зрители несколько раз увидели подобные эпизоды, они сами стали испытывать страх при звуке сирены.

Сообщник — *помощник экспериментатора, который помогает создать в ходе эксперимента нужную ситуацию (настроение), разыгрывая из себя другого человека.* Хотя эти эксперименты подтверждают теорию бихевиористов, другие исследования ставят ее под сомнение (Graham & Gaffan, 1997; Marks, 1987). Например, в ходе некоторых других лабораторных экспериментов с детьми и взрослыми не удалось сформировать у них реакцию страха (Halam & Rachman, 1976; Bancroft, 1971). К тому же, в процессе изучения клинических случаев людей, страдающих фобиями, лишь в некоторых случаях удалось найти специфические примеры выработки условного рефлекса или моделирования (Hofmann, Ehlers, & Roth, 1995; Mellman, 1995). Так что фобии *могут быть* вызваны путем классического обусловливания или моделирования, но исследователями не было установлено, что это расстройство *обыкновенно* возникает по этим причинам.

Крупным планом

Фобии известные и незнакомые

Англии и английских вещей — англофобия

Бедности — пенияфобия

Беременности — майеусиофобия

Бога — теофобия

Болезни — ноземафобия

Ветра — анемофобия

Воды — гидрофобия

Воздуха — аэрофобия

Высоты — гипсофобия

Глаз — омматофобия

Глотания — фагофобия

Гомосексуальности — гомофобия

Грабителей — гарпаксофобия

Демонов или дьяволов — демонофобия

Денег — хрометофобия

Деревьев — дендрофобия

Детей — педиофобия

Дневного света — фенгофобия

Дождя — омброфобия

Дома — доматофобия

Жары — термофобия
Железной дороги — сидеродромотофобия
Женщин — гинофобия
Животных — зоофобия
Запахов — осмофобия
Закрытого пространства — клаустрофобия
Зеркал — эйсоптрофобия
Змей — офидиофобия
Зубов — одонтофобия
Идти по мосту — гефиофобия
Испачкаться — аутомисофобия
Книг — библиофобия
Кожи — дерматофобия
Кожных болезней — дерматосиофобия
Крови — гематофобия
Кукол — педиофобия
Лекарств — фармакофобия
Лошадей — гиппофобия
Льда, инея — криофобия
Людей — антропофобия
Механизмов — механофобия
Мехов — дорафобия
Микробов — спермофобия
Могил — тафофобия
Мужчин — андрофобия
Мышей — мусофобия
Мяса — карнофобия
Наводнения — антлофобия
Наготы — гимнофобия
Наказания — пойнефобия
Насмешек — катагелофобия
Находиться под пристальным взглядом — скопофобия
Незнакомцев — ксенофобия
Ночи — никтофобия
Огня — пирофобия
Ос — сфексофобия
Острых предметов — оксифобия
Пауков — арахнофобия
Полетов — аэрофобия
Писать — графофобия
Привидений — фасмофобия
Прикосновений — гафефобия
Птиц — орнитофобия
Пустых помещений — кенофобия
Путешествий — годофобия
Ракет — баллистофобия
Ранений, травм — травматифобия
Рек — потамофобия
России и русских вещей — русофобия
Сатаны — сатанофобия
Свадьбы — гамофобия
Сексуальных сношений — коитофобия, кипридофобия
Скорости — тахофобия
Слов — логофобия
Сна — гипнофобия
Снега — хионофобия
Сновидений — онейрофобия
Собак — кинофобия
Солнца — гелиофобия
Страха — фобофобия
Темноты — ахлуофобия, никтофобия
Теней — сиофобия

Толпы — охлофобия
Трупов — некрофобия
Тумана — гомихлофобия
Удовольствия — гедонофобия
Удушья — пнигофобия
Укусов (насекомых) — снидофобия
Фекалий — копрофобия
Физической любви — эротофобия
Франции и французских вещей — галлофобия
Хирургических операций — эргазиофобия
Цветов — антофобия
Церквей — экклезиафобия
Червей — гельминтофобия
Шума или громкого разговора — фонофобия
Яда — токсифобия
(Melville, 1978, p. 196-202)

<**Офидиофобия.** Страх перед змеями — одна из наиболее распространенных специфических фобий.>

Бихевиористско — биологическая теория

Некоторые фобии распространены в большей степени, чем другие (Bixler, Floyd, & Hammitt, 1995). Фобические реакции на животных, высоту и темноту встречаются чаще, чем фобические реакции на мясо, траву, здания. Бихевиористы часто объясняют это предположением, что люди как вид имеют предрасположенность к формированию определенных страхов (Ohman & Soares, 1993; Seligman, 1971). Эту предрасположенность еще называют готовностью, поскольку люди теоретически «подготовлены» к формированию одних фобий, а к формированию других более устойчивы. Маркс (I. M. Marks) (1977) обращает на это внимание в описании клинического случая:

Четырехлетняя девочка играла в парке. Ей показалось, что она увидела змею. Девочка помчалась к машине родителей и запрыгнула в салон, захлопнув за собой дверцу. К несчастью, закрывающаяся дверца машины прищемила руку ребенка, результатом чего явились сильная боль и несколько визитов к врачу. До того она, возможно, боялась змей, но не так остро. После же этого случая сформировалась фобия змей, а не автомобилей или автомобильных дверей. Фобия змей сохранилась и во взрослом возрасте, когда девушка обратилась ко мне за терапией (с. 192).

Готовность — предрасположенность к формированию определенных страхов.

В нескольких сериях важных тестов на готовность психолог Арни Оман (Arne Ohman) с коллегами формировали разные виды страхов в двух группах людей (Ohman & Soares, 1993; Ohman, Erixon, & Lofberg, 1975). В одном эксперименте они демонстрировали всем участникам слайды с человеческими лицами, зданиями, змеями и пауками. Одна группа получала электрошок во время показа слайдов с лицами и зданиями, а другая группа — во время показа слайдов со змеями и пауками. Была ли у участников более высокая готовность к формированию страха перед змеями и пауками? Используя кожные реакции или кожно-гальванические реакции (КГР) для измерения страха, экспериментаторы обнаружили, что у обеих групп сформировалась реакция страха на те объекты, демонстрация которых сопровождалась электрошоком. Но затем они отметили интересную особенность: после небольшого периода отмены электрошока у людей, сформировавших реакцию страха на лица и здания, прекратилась регистрация высокого уровня КГР при демонстрации этих объектов. А у людей, сформировавших реакцию страха на змей и пауков, при показе слайдов с ними высокий уровень КГР сохранялся долгое время. Одна из интерпретаций такова, что животные и насекомые скорее могут сформировать фобии у людей, чем лица или здания.

<«Вид крови вызывает естественный страх в каждом человеческом существе... Фобия запахов также является широко распространенной фобией... Существует очень мало людей, для которых нет неприятных запахов». — Бенджамин Раш (Benjamin Rush), родоначальник американской психиатрии (1745-1813)>

Исследователям неизвестно, являются ли причиной предрасположенности людей к страху биологические факторы или же факторы окружающей среды. Те, кто верят в биологическую предрасположенность, доказывают, что склонность к страху передавалась генетически в процессе эволюции (Graham & Gaffan, 1997; De-Silva, Rachman, & Seligman, 1977). Те из наших предков, у кого скорее формировался страх перед темнотой, высотой, животными и подобными вещами, имели больше шансов

прожить достаточно долго, чтобы оставить потомство. Напротив, ученые, считающие, что предрасположенность обусловлена факторами окружающей среды, утверждают, что наш жизненный опыт учит нас с ранних лет тому, что определенные объекты являются законными источниками страха, и это обучение предрасполагает многих людей к формированию соответствующих страхов (Carr, 1979).

Терапия фобий.

Сторонники каждого из подходов предлагают свои методы лечения фобий, но наиболее часто применяются терапевтические подходы бихевиористов. Исследования показали, что они являются высокоэффективными и дают в большинстве случаев лучшие результаты (Wolpe, 1997; Emmelkamp, 1994, 1982). Поэтому мы подробнее остановимся на методах терапии специфических фобий, агорафобии и социофобии, предлагаемых бихевиористами.

Методы терапии специфических фобий

Специфические фобии являются одними из первых успешно излечиваемых тревожных расстройств в клинической практике. Основными бихевиористскими подходами к лечению этих фобий являются десенситизация, наводнение и моделирование. Эти подходы объединяют в методы терапии воздействия, поскольку в каждом из них люди сталкиваются с предметом их страха.

Методы терапии воздействия — бихевиористские методы терапии, в которых люди со страхом находятся под воздействием пугающих их предметов или ситуаций.

Люди, проходящие систематическую десенситизацию, терапевтическую технику, разработанную Джозефом Вольпе (Joseph Wolpe) (1997, 1987, 1969), учатся расслабляться, находясь под воздействием объектов или ситуаций, пугающих их. Поскольку состояние расслабления и страх несовместимы, считается, что реакция расслабления воспрепятствует появлению реакции страха. Терапевты, использующие десенситизацию, сначала проводят тренинг релаксации, чтобы помочь клиентам уменьшить мышечное напряжение. После продолжительной практики клиенты приобретают способность входить в состояние расслабления по своему желанию. Затем они готовы к прохождению следующих стадий десенситизации.

На первых сессиях терапевты помогают клиентам составить иерархию страхов, перечень ситуаций, в которых возникает фобия. Ситуации ранжируются по силе возникающего страха: от тех, которые вызывают лишь минимальный страх, до обстоятельств, в которых человеком овладевает глубокий ужас.

Затем клиенты учатся совмещать свое расслабление с воздействием объектов, которых они боятся. Когда клиент находится в состоянии расслабления, терапевт создает ситуацию, находящуюся на нижней ступени **иерархии страхов**. Это может быть подлинное физическое столкновение, процесс, имеющий название *десенситизации in vivo*. Например, человек, боящийся высоты, может встать на стул или взобраться на стремянку. Или же столкновение может быть воображаемым, тогда этот процесс называется *скрытой десенситизацией*. В этом случае клиент представляет себе пугающее его событие, в то время как терапевт описывает его.

Клиент продвигается по всем пунктам перечня страхов, совмещая реакцию расслабления с каждым из них. Поскольку первыми пунктами ставятся не особо пугающие ситуации, обычно клиенту требуется не так много времени для достижения расслабления. В ходе курса из нескольких сессий клиенты поднимаются по иерархической лестнице своих страхов, пока не достигают наиболее сильного из них и не преодолевают его.

< **Полет в ужасных небесах.** Пытаясь уменьшить сумму в миллиарды долларов, ежегодно теряемую из-за страха перед полетами, некоторые авиалинии предлагают людям, страдающим фобией полетов, программы бихевиористской терапии воздействия. Эти будущие пассажиры начинают с тренинга релаксации.>

Систематическая десенситизация — бихевиористская техника, использующая тренинг релаксации и составление иерархии страхов для того, чтобы помочь людям с фобиями спокойно реагировать на пугающие их предметы или ситуации.

Иерархия страхов — перечень предметов или ситуаций, перед которыми человек испытывает страх, начинающийся с тех предметов или ситуаций, страх перед которыми невелик, и заканчивающийся теми, которые вселяют ужас.

Другим бихевиористским методом терапии специфических фобий является **наводнение**. Терапевты, использующие его, считают, что люди перестанут бояться тех вещей, с которыми их неоднократно сталкивают, демонстрируя при этом их безвредность в действительности. Терапевты заставляют клиентов встречаться с пугающими предметами или ситуациями, не прибегая к тренингу релаксации или к

ступенчатому подходу. Процедура наводнения, как и десенситизация, может быть in vivo или скрытой.

Наводнение — техника терапии фобий, в которой человек интенсивно и неоднократно подвергается воздействию внушающего страх объекта и убеждается в том, что в действительности он безвреден.

Когда терапевты, использующие метод наводнения, помогают клиентам представить внушающие страх предметы или ситуации, они часто преувеличивают их описание, так что клиенты испытывают сильное эмоциональное возбуждение. В процессе терапии женщины с фобией змей терапевт заставлял ее представить среди прочих следующую сцену:

Закройте глаза. Представьте перед собой змею. Теперь заставьте себя поднять ее. Нагнитесь, возьмите ее, положите к себе на колени. Почувствуйте, как она ползет по вашим коленям, положите на нее руку. Уберите руку, почувствуйте, как она шевелится на коленях. Попробуйте провести по ее телу пальцами и рукой. Вам не хочется делать этого, заставьте себя сделать это. Заставьте себя сделать это. Схватите змею. Сожмите ее немного, почувствуйте ее в своей руке. Почувствуйте, как она начинает обвиваться вокруг вашей руки. Позвольте ей это. Опустите руку почувствуйте, как змея касается вашей руки и обвивается вокруг нее, обвивается вокруг вашего запястья. (Hogan, 1986, p. 423-431)

В технике моделирования терапевт встречается с пугающим объектом или ситуацией, в то время как клиенты с фобиями наблюдают за ним (Bandura, 1977, 1971; Bandura, Adams, & Beyer, 1977). Терапевт выступает в качестве модели, демонстрируя беспочвенность страхов клиентов. По этой причине после нескольких сессий клиенты могут надеяться, что хладнокровноотреагируют на встречу с этими предметами или ситуациями. В одном из вариантов моделирования, **моделировании с участием**, клиентов активно поддерживают в их попытках присоединиться к терапевту.

Клинические исследования неоднократно обнаруживали, что бихевиористские методы терапии воздействия помогают в случаях специфических фобий (Wolpe, 1997; Wolpe et al, 1994; Emmelkamp, 1994).

Моделирование с участием — бихевиористская техника, в которой люди, страдающие страхами, наблюдают взаимодействие терапевта (модели) с пугающим объектом, а потом сами взаимодействуют с этим объектом.

Ключом к успеху этих методов терапии является действительный контакт человека с пугающими его объектами или ситуациями (Hellstrom & Ost, 1996; Emmelkamp, 1994).

Десенситизация in vivo более эффективна, чем скрытая десенситизация, переполнение in vivo более эффективно, чем скрытое переполнение, и моделирование с участием полезнее моделирования, когда клиенты выступают лишь в роли наблюдателей (Menzies & Clarke, 1993). Сейчас многие из терапевтов-бихевиористов сочетают черты каждого из экспозиционных методов (Flynn, Taylor, & Pollard, 1992; Ritchie, 1992).

<Моделирование с участием. Терапевт, лечащий клиента, страдающего фобией змей, первым берет пресмыкающееся в руку, а затем побуждает клиента тоже коснуться змеи.>

Методы терапии агорафобии

Для лечения агорафобии, как и для лечения специфических фобий, бихевиористы разработали ряд подходов, основанных на воздействии (Emmelkamp, 1994; Gelder, 1991). Терапевты, использующие эти подходы, помогают клиентам постепенно все дальше и дальше уходить от дома и посещать общественные места. Иногда они используют поощрение, ободрение, убеждение и другие подкрепляющие поведение приемы для того, чтобы клиенты решились встретиться с окружающим миром. Подобная терапия может проходить в группах поддержки (Rose, 1990) или по индивидуальным программам (Emmelkamp et al., 1992). В группах поддержки небольшое число людей собирается на занятиях, которые могут длиться до нескольких часов. Члены группы поддержки помогают и воодушевляют друг друга; наконец, они могут даже уговорить друг друга покинуть безопасную группу и самостоятельно решать задачи столкновения с угрожающими стимулами. По индивидуальным программам отдельные люди, страдающие агорафобией, и их семьи сами проходят подобную терапию, следуя детальным инструкциям терапевта. Терапия воздействием агорафобий достигла значительного успеха. От 60 до 80% людей, прошедших ее, обнаружили, что им стало хоть немного проще посещать общественные места, и улучшение, которого они добились, сохранялось годами (Craske & Barlow, 1993; O'Sullivan & Marks, 1991). Тем не менее, излечение чаще

бывает частичным, нежели полным, и у половины клиентов бывают рецидивы. Но улучшения, которые были до рецидива, быстро возвращаются, если человек снова обращается за терапией (O'Sullivan & Marks, 1991). Людям, у которых агорафобия сочетается с паническим расстройством, одна лишь экспозиционная терапия приносит мало пользы. Мы пристальнее рассмотрим эту группу в главе 5, когда будем говорить о панических расстройствах.

Методы терапии социофобий

В терапии социофобий терапевты лишь недавно стали добиваться больших успехов (Herbert, 1995). Этот прогресс произошел отчасти благодаря росту признания того, что социофобий имеют две составные части, каждая из которых может подпитываться другой: (1) у людей с этими фобиями могут быть очень сильные социальные страхи, и (2) им может не хватать опыта в том, как начинать разговор, как говорить о своих потребностях, как воспринимать нужды других. Вооруженные этим открытием, клиницисты теперь лечат социофобий, стараясь снизить социальные страхи или путем тренинга социальных навыков, или же прибегая и к тому и к другому (Juster, Heimberg, & Holt, 1996).

Снижение социальных страхов Все большее число клиницистов выписывает психотропные препараты для снижения социальных страхов. Однако многие исследования эффективности этих средств были небольшими и неконтролируемыми, так что еще не ясно, какие из этих препаратов действительно помогают (van Vliet et al., 1997; Taylor, 1995). Поэтому большинство современных клиницистов полагается на психотерапевтические техники лечения социальных фобий.

В последние годы бихевиористы эффективно использовали техники воздействия для снижения социальных страхов (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Juster et al., 1996). Терапевты направляют, воодушевляют и уговаривают клиентов принимать участие в пугающих их социальных ситуациях и не выходить из них, пока не уйдет страх. Обычно используется постепенный подход и часто даются домашние задания. Групповая терапия часто обеспечивает идеальные условия для экспозиционной терапии, предоставляя людям возможность столкнуться с социальными ситуациями, которых они боятся, в атмосфере поддержки и заботы (Juster et al., 1996; Scholing & Emmelkamp, 1996). В одной из групп человека, боящегося, что его руки в присутствии других будут дрожать, попросили писать на доске перед группой и разливать чай другим участникам (Emmelkamp, 1982).

Для лечения социальных фобий широко используются и когнитивные методы терапии, часто в сочетании с бихевиористскими техниками (Clark & Wells, 1997; Woody, Chambless, & Glass, 1997). В следующем отрывке показано, как Альберт Эллис использует рационально-эмотивную терапию для того, чтобы помочь человеку, боящемуся, что его отвергнут, если он заговорит с группой людей. Этот разговор происходил после того, как этот человек выполнил домашнее задание, в котором ему предписывалось отслеживать свои мысли и убеждения, обрекающие его на провал, и заставить себя в социальной ситуации сказать что-либо, что придет в голову, каким бы глупым ему это не казалось:

Через две недели после получения этого задания пациент пришел на следующую сессию и заявил:

— Я сделал то, что вы сказали мне сделать... Как вы говорили, каждый раз, когда я общаюсь, что отдаляюсь от людей, я говорил себе:

«Стоп, даже если сейчас я и не слышу их, у меня должны быть какие-то мысли. Какие же?» И я находил их. И мыслей было много! И, казалось, все они сводятся к одному.

— К чему именно?

— К тому что меня, э-э, отвергнут.. Если я присоединюсь к ним, меня отвергнут. И это будет так ужасно, если меня отвергнут. И не было никаких причин для меня... принимать это положение вещей... и быть отвергнутым в такой ужасной манере...

— А вы выполнили вторую часть домашнего задания?

— Заставить себя заговорить и как-то выразить себя?

— Да, именно так.

— С этим было хуже. Это оказалось действительно трудно. Гораздо труднее, чем я думал. Но я это сделал.

— И?

— О, в целом неплохо. Я начинал говорить несколько раз; больше, чем я делал когда-либо ранее. Некоторые люди были очень удивлены. Но я говорил...

— И как вы чувствовали себя после такого самовыражения?

— Замечательно! Не помню, когда я в последний раз так себя чувствовал. Это было

просто здорово! Ощущения чудные! Но это было так тяжело. У меня еле получилось сделать это. И еще пару раз в течение недели мне приходилось заставлять себя. Но я это сделал. И был рад! (Ellis, 1962, p. 202-203)

<Тема лекции: освобождение от гнева. Вопреки распространенным убеждениям... Цель тренинговых групп уверенности в себе — научить людей выражать свои желания социально приемлемыми способами, а не вдохновлять их необузданно набрасываться на других. (Copyright 1993 Tribune Media Services, Inc. Перепечатка запрещается.)> Исследования показали, что рационально-эмотивная терапия и подобные ей когнитивные подходы помогают снижению социальных страхов (Woody et al., 1997; Juster et al., 1996), причем это снижение сохраняется годами (Heimberg et al., 1993 1991). Фактически, терапия Эллиса лучше подходит для лечения социофобий, чем большей части других расстройств. В то же время исследователи предполагают, что когнитивная терапия, подобно методам воздействия, только в нескольких случаях помогает клиентам полностью преодолеть социофобию (Poulton & Andrews, 1996). Она снижает социальный страх, но мало помогает людям успешно действовать в социальной сфере (Gardner et al., 1980). Здесь на первый план выходит тренинг социальных навыков.

Тренинг социальных навыков Терапевты, использующие тренинг социальных навыков, комбинируют несколько поведенческих техник, чтобы помочь людям совершенствовать их социальные навыки. Обычно они моделируют соответствующее социальное поведение и предлагают клиентам попробовать себя в нем. Как правило, клиенты разыгрывают роли с терапевтами, репетируя свое новое поведение, пока у них не начнет получаться. Во время этого процесса терапевты обеспечивают открытую обратную связь и подкрепляют (хвалят) клиентов за успешное выполнение упражнения.

Социальное подкрепление от других людей, страдающих социальными страхами, зачастую является более действенным, чем подкрепление, следующее от одного терапевта. В *тренинговых группах социальных навыков* и в *тренинговых группах уверенности в себе* их члены примеряют на себя и репетируют новое социальное поведение перед другими членами группы или вместе с ними. Группа также может решать, какое поведение является социально уместным.

Тренинг социальных навыков помогает людям действовать успешнее в социальных ситуациях (Emmelkamp, 1994; Mersch et al., 1991). Тем не менее, несмотря на лечение, некоторые люди продолжают испытывать высокий уровень страха (Juster et al., 1996, Marks, 1987).

Ни один отдельно взятый подход, будь то поведенческая терапия с техниками воздействия, когнитивная терапия или тренинг социальных навыков, не приводит к полному исчезновению социальных фобий, и ни один не доказал своего превосходства над другими (Wlazlo et al., 1990; Mattick et al., 1989). Но каждый из них полезен, и если их комбинировать, то результаты особенно воодушевляют (Hope & Heimberg, 1993).

Крупным планом

Мнимое всеобщее внимание

Многие люди с тревожным расстройством беспокоятся о том, как они выглядят в глазах других. Их может волновать, что слова их покажутся глупыми, внешность — непривлекательной, а сами они — неотзывчивыми. Оказывается, они ошибаются — и не в том, как на них смотрят, а в том, что на них вообще смотрят. Люди, не страдающие чрезмерной тревогой, часто допускают ту же ошибку.

Психолог Томас Джилевич (Thomas Gilovich) со своими коллегами из Корнеллского университета (1996) обнаружил, что люди замечают наше поведение и нашу внешность гораздо реже, чем нам кажется. Когда эти исследователи попросили группу студентов Корнелла носить тенниску Барри Манилоу, приведенные в замешательство студенты предсказали, что как минимум половина наблюдателей заметят эту тенниску, как только они войдут в комнату. На самом деле тенниску заметил лишь каждый четвертый. Похожим образом лыжники преувеличивают процент тех, кто, поднимаясь на подъемнике, будет наблюдать и обсуждать их умение кататься, пока они проезжают под подъемником.

<Вопросы для размышления. Почему люди, в том числе и те, кто страдает тревожными расстройствами, могут быть склонными к мыслям о том, что другим очень интересно наблюдать за ними? Почему люди мало обеспокоены действиями и внешностью других?>

Резюме

Фобия — это сильный, стойкий и необоснованный страх перед определенным объектом, деятельностью или ситуацией. Около 11% взрослого населения Соединенных Штатов ежегодно страдает от этого расстройства. Существует три основные категории фобий: агорафобия, социофобия и специфические фобии. Теории возникновения фобий. Долгие годы наиболее влиятельной являлась бихевиористская теория возникновения фобий. Бихевиористы считают, что фобии формируются под влиянием окружающей обстановки через классическое обусловливание или моделирование, и сохраняются благодаря избегающему поведению.

Методы терапии фобий. Для лечения специфических фобий бихевиористы успешно использовали экспозиционные техники, в которых люди сталкиваются с предметом своего страха. Они также успешно применяли экспозиционную терапию для лечения агорафобии. В этом случае людей учили постепенно удаляться все дальше и дальше от дома и посещать общественные места.

Клиницисты, как правило, выделяют две составные части социальных фобий: социальные страхи и недостаток социальных навыков. Они могут пытаться снизить социальные страхи, используя экспозиционные техники, групповую терапию и различные когнитивные подходы. Они могут совершенствовать социальные навыки тренингом социальных навыков. Часто используется сочетание этих подходов.

Крупным планом

Альберт Эллис: терапевт, исцеливший себя

Рационально-эмотивная терапия учит клиентов подвергать сомнению и менять свои иррациональные послышки. И кто был первым клиентом Альберта Эллиса, основателя этого подхода? Не кто иной, как сам Альберт Эллис!

В девятнадцать лет Эллис стал активным членом политической группы, но ему мешал страх выступлений перед людьми. Тогда Эллис приступил к сражению с худшими своими демонами — смущением и замешательством, начав таким образом разрабатывать первое из упражнений, которые он впоследствии предложит. Он заставлял себя высказываться на политические темы при каждой возможности. «Несмотря на то, что у меня только начало получаться, я обнаружил, что получается очень неплохо. И теперь никому не удалось бы убрать меня с политической сцены». Затем Эллис решил работать над страхом личного общения. «Я всегда очень интересовался женщинами... но постоянно находил предлог не заговаривать с ними, и очень боялся, что меня отвергнут.

Поскольку я жил около Нью-Йоркского ботанического сада в Бронксе, я решил упражняться в преодолении своего страха и стыда в парке. Я торжественно пообещал себе, что когда бы я ни увидел мало-мальски привлекательную женщину в возрасте до 35 лет... я сяду рядом с ней с целью начать разговор в течение одной минуты. Таким образом я присаживался к 130 женщинам, отвечающим моим критериям. Многие вставали и уходили, но около 100 поговорили со мной — о своем вязании, о птицах, о книжке, о чем угодно. Я назначил всего одно свидание — и женщина не пришла... Но я понял, что в ходе этого упражнения никого не стошнило, никто не позвал полицейского и что я не умер. Эта попытка попробовать для себя другое поведение и понять, что же происходит в реальном мире, а не в моем воображении, помогла мне преодолеть страх перед разговорами с женщинами». (Warga, 1988, p. 56)

Подводя итоги.

Клиницисты и исследователи разработали множество представлений о генерализованном тревожном расстройстве и фобиях. В то же время такое количество концепций и открытий затрудняет понимание того, что на самом деле известно об этих расстройствах, а что — нет.

Фобии лучше изучены и более успешно лечатся. Как мы видели, модель бихевиористов принесла особенно много открытий, касающихся фобий, и бихевиористские техники часто являются эффективными в лечении специфических фобий, агорафобии и (в сочетании с когнитивной терапией) социальных фобий.

Нужно отметить, что клиницисты до сих пор не имеют ясного представления о генерализованном тревожном расстройстве. Объяснения, предлагаемые каждой из моделей, ограничены. И большая часть методов терапии дает лишь небольшой эффект. Отчасти из-за ограниченности успехов среди исследователей растет убеждение, что легче всего понять это расстройство, собрав все модели воедино.

Вполне может быть, что у человека генерализованное тревожное расстройство развивается только в том случае, если на него воздействуют *все* факторы: биологические, психологические и социокультурные. Это значит, что человек должен иметь биологическую предрасположенность к переживанию чувства тревоги, которая выходит наружу под влиянием психологических и социокультурных сил (Kazdin & Weisz, 1998).

Исследователи обнаружили, что некоторые младенцы при стимуляции очень быстро входят в состояние физического возбуждения, в то время как другие остаются спокойными.

У этих младенцев может быть врожденная недостаточность функционирования ГАМК или другие биологические ограничения, которые предрасполагают их к формированию генерализованного тревожного расстройства (Kalin, 1993). Если в течение жизни они привыкнут расценивать мир как источник опасности и столкнутся с сильным социальным давлением, то развитие у них этого расстройства будет весьма вероятным. Терапевты, занимающиеся лечением фобий и генерализованного тревожного расстройства, уже начали комбинировать в своей работе принципы различных моделей. Как мы отметили выше, многие используют для терапии социофобий сочетание медикаментов, экспозиционной терапии, когнитивной терапии и тренинг социальных навыков. В терапии генерализованного и других тревожных расстройств когнитивные техники, такие как тренинг-самообучение, часто сочетаются с тренингом релаксации или биологической обратной связью — комплекс, известный как **программа управления стрессом**.

Что касается остальных тревожных расстройств — панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства и стрессовых расстройств, то здесь тенденция к комбинированию концепций и техник разных моделей еще более очевидна. За последние пятнадцать лет в понимании и лечении данных расстройств достигнут большой прогресс. Мы вернемся к этой многообещающей работе в главе 5.

Программа управления стрессом — *подход к лечению генерализованного и других тревожных расстройств, обучающий людей техникам снижения и контролирования стресса.*

Ключевые термины

Страх
Тревога
Тревожное расстройство
Паническое расстройство
Обсессивно-компульсивное расстройство
Острое стрессовое расстройство
Посттравматическое стрессовое расстройство
Стресс
Стрессор
Стрессовый ответ
Вегетативная нервная система
Центральная нервная система
Симпатическая нервная система
Парасимпатическая нервная система
Эндокринные железы
Гормон
Кортикостероиды
Уровень тревожности
Ситуационная тревожность
Генерализованное тревожное расстройство
Неопределенная тревога
Реалистическая тревога
Невротическая тревога
Моральная тревога
Безусловное позитивное отношение
Условия значимости
Клиент-центрированная терапия
Экзистенциальная тревога
Базовые иррациональные послышки
Непредсказуемые негативные события
Рационально-эмотивная терапия

Когнитивная терапия
Тренинг-самообучение
Негативные самоубеждения
Самоубеждения, помогающие справиться со стрессом
Изучение генеалогии
Бензодиазепины
Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК)
Успокоительные препараты
Барбитураты
Седативно-снотворные средства
Бета-блокаторы
Буспирон
Тренинг релаксации
Биологическая обратная связь
Электромиограф (ЭМГ)
Фобия
Агорафобия
Паническое расстройство с агорафобией
Социофобия
Специфическая фобия
Вытеснение
Перенос
Классическое обусловливание
Безусловный стимул
Безусловная реакция
Условный стимул
Условная реакция
Моделирование
Генерализация стимулов
Сообщник
Готовность
Экспозиционные методы терапии
Систематическая десенситизация
Иерархия страхов
Десенситизация in vivo
Скрытая десенситизация
Наводнение
Моделирование с участием
Группы поддержки в экспозиционной терапии
Индивидуальные программы в экспозиционной терапии
Тренинг социальных навыков
Тренинговая группа социальных навыков
Тренинговая группа уверенности в себе
Программа управления стрессом

Контрольные вопросы

1. Какие факторы влияют на реакцию людей на стрессоры в повседневной жизни?
2. Опишите связь между генерализованным тревожным расстройством и таким социокультурным фактором, как социальное давление, включающее бедность и расовую дискриминацию. Каковы основные принципы психодинамической, гуманистическо-экзистенциальной, когнитивной и биологической теорий образования генерализованного тревожного расстройства? Подтвердились ли эти теории на практике?
3. Насколько эффективными были методы лечения генерализованного тревожного расстройства?
4. Опишите биологическую модель тревоги и генерализованного тревожного расстройства. Каковы на сегодняшний день ограничения применения ведущих биологических методов лечения этого расстройства?
5. Определите три типа фобий и сравните их.
6. Какое объяснение дают фобиям бихевиористы? На каких данных оно основывается?
7. Опишите три бихевиористских экспозиционных техники, которые используются для лечения специфических фобий. Насколько они эффективны?
8. Как бихевиористы лечат агорафобию? Насколько успешен этот подход?

Глава 5. Паническое, обсессивно-компульсивное и стрессовые расстройства.

Я находилась в очень оживленном торговом центре, и внезапно случилось это: за какие-то секунды я словно превратилась в сумасшедшую. Это было как ночной кошмар, только я не спала; все вокруг потемнело, и меня прошибла испарина — мое тело, руки и даже волосы промокли насквозь. Казалось, из меня вытекла вся кровь; я стала бледной, как призрак. Я чувствовала себя так, будто вот-вот упаду; ноги стали словно чужими; по спине и ногам растеклась слабость, мне казалось, что двигаться невозможно. Это было подобно тому, как будто меня удерживает какая-то сила. Я видела, что все глядят на меня — только лица, слившиеся в одно, и никаких тел. Сердце застучало в голове и ушах; я думала, что оно сейчас остановится. Я видела черные и желтые огоньки. Я могла слышать голоса, но они доносились до меня словно издали. Я не могла думать ни о чем, кроме своего самочувствия и того, что я должна немедленно выбираться отсюда, попасть на свежий воздух и быстро убежать, или же я умру... (Hawkrigg, 1975)

Тревога может принимать формы, отличные от тех, которые обсуждались в предыдущей главе. В описанном выше случае женщина описывает приступ паники, вспышку ужаса, которая является основным признаком *панического расстройства*. Тревога вызывает проблемы, которые отличаются от рассмотренных в главе 4. Людей с *обсессивно-компульсивным расстройством* мучают повторяющиеся нежелательные мысли, вызывающие тревогу, или же они ощущают потребность производить повторяющиеся действия, чтобы снизить уровень тревоги. А люди с *острым стрессовым расстройством* и *посттравматическим стрессовым расстройством* страдают от страха и связанных с ним симптомов спустя длительное время после завершения травматического воздействия. Большую часть двадцатого столетия клиницисты и исследователи обращали основное внимание на генерализованное тревожное расстройство и фобии, а не на другие тревожные расстройства. Паническое, обсессивно-компульсивное и стрессовые расстройства оказались не столь изученными; причина их возникновения была менее понятной и лечение не столь эффективным.

За последние пятнадцать лет ситуация коренным образом изменилась. Недавно проведенные исследования выявили, что паническое, обсессивно-компульсивное и стрессовые расстройства более распространены, чем предполагалось ранее. Ученые отыскивали факты, которые могут служить для объяснения этих расстройств, а терапевты разработали методы лечения, которые зачастую оказываются достаточно эффективными. Так что теперь внимание людей, изучающих тревожные расстройства, сфокусировано в основном именно на паническом, обсессивно-компульсивном и стрессовых типах (Norton et al., 1995).

Паническое расстройство.

Иногда реакция тревоги проявляется в форме кошмарной паники. Люди, с которыми это происходит, теряют контроль над своими действиями, почти не понимают, что делают, им кажется, что приближается гибель. При внезапном появлении настоящей угрозы любой может впасть в панику. Однако некоторые люди испытывают **приступы паники** — периодические короткие вспышки паники, которые возникают внезапно и достигают пика в течение десяти минут.

Этим приступам свойственны как минимум четыре симптома паники из следующего списка: сердцебиение, покалывание в руках или ногах, одышка, обильное потоотделение, жар и холод, дрожь, боль в груди, чувство удушья, слабость,

головокружение и ощущение нереальности происходящего (см.: Диагностическая таблица DSM-IV в Приложении). Не удивительно, что во время приступа паники люди боятся, что умрут, сойдут с ума или потеряют власть над собой.

Приступ паники — внезапно наступающая и периодически повторяющаяся непродолжительная вспышка паники.

Люди, страдающие любым из тревожных расстройств, могут испытывать приступы паники, сталкиваясь с тем, что их пугает (APA, 1994). Однако некоторые люди испытывают повторяющиеся и непредсказуемые приступы паники без видимой причины, и этой болезни соответствует диагноз **паническое расстройство**. Согласно DSM-IV, диагноз «паническое расстройство» ставится в том случае, когда дисфункциональные изменения в поведении человека продолжаются месяц или более после одного из приступов паники. ; Некоторые люди постоянно беспокоятся, что приступ повторится. Других тревожат причины приступа — они могут бояться, что сойдут с ума или что у них появились проблемы с деятельностью сердца. Третьи тщательно планируют свое поведение, исходя из возможности того, что приступ может начаться в любой момент (см.: Диагностическая таблица DSM-IV).

Паническое расстройство — тревожное расстройство, отличающееся повторяющимися и непредсказуемыми приступами паники.

Ежегодно около 2,3% всех людей страдают паническим расстройством (Weissman et al., 1997; Kessler et al., 1994). Как показано на рис. 5.1, около половины из них получают лечение, часто весьма успешное (Beamish et al., 1997; Narrow et al., 1993).

Расстройство	Процент взрослых, имеющих расстройство и при этом проходящих терапию (по ежегодным данным), %	Количество взрослых, проходящих терапию (по ежегодным данным), млн.
Обсессивно-компульсивное	41,3	1,3
Паническое	54,4	0,9

Рисунок 5.1. Кто проходит терапию тревожных расстройств? Ежегодно в Соединенных Штатах проходят терапию более половины людей, имеющих паническое расстройство, и более 40 % людей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством. (Adapted from Regier et al, 1993; Blazer et al, 1991; Boyd et al, 1990) У большинства это расстройство развивается в возрасте от 15 до 35 лет (см. табл. 5.1), и такой диагноз не меньшей мере в два раза чаще ставится женщинам, чем мужчинам (APA, 1994). Многие люди испытывают приступы паники, которые не настолько сильны и часты, чтобы поставить диагноз панического расстройства (Katon et al., 1995; Eaton et al., 1994), так 43 % опрошенных подростков, по данным одного исследования, сказали, что хотя бы однажды испытывали приступ паники (King et al., 1993).

Таблица 5.1. Профиль тревожных расстройств

	Распространенность за один год, %	Соотношение женщины:мужчины	Возраст начала заболевания	Распространенность среди близких родственников
Паническое расстройство	2,3	5:2	15-35 лет	Повышенная
Обсессивно-компульсивное расстройство	2,0	1:1	4-25 лет	Повышенная
Острое стрессовое и посттравматическое расстройство	0,5	1:1	Варьируется	Не определено

(APA, 1994; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993; Blazer et al., 1991; Davidson et al., 1991; Eaton et al., 1991.)

<Психологические заметки. Люди с паническим расстройством посещают врачей в 7 раз чаще, чем основная часть населения.>

Паническое расстройство часто сочетается с агорафобией, страхом перед посещением общественных мест. Это сочетание в DSM-IV называется *паническим расстройством с агорафобией*. В таких случаях причиной агорафобии являются приступы паники (Beck & Weishaar, 1995; Guisman et al., 1995). Испытав несколько раз внезапные приступы паники, люди начинают бояться появляться в одиночку там, где трудно получить помощь и откуда непросто выбраться (Cox, Endler & Swinson, 1995). Многие клиницисты считают, что большая часть случаев агорафобии возникла под влиянием приступов паники (Guisman et al., 1995). Случай Энни Уотсон — один из них:

Миссис Уотсон рассказала, что до того, как начались ее нынешние трудности, она вела нормальную и счастливую жизнь. Но два года назад ее дядя, с которым в детстве она была очень близка, умер в результате неожиданного сердечного приступа. Через шесть месяцев после его смерти она как-то вечером возвращалась с работы домой, когда внезапно почувствовала, что ей тяжело дышать. Сердце заколотилось, и ее бросило в холодный пот. Все вокруг стало казаться нереальным, ноги налились свинцом, и миссис Уотсон решила, что умрет или потеряет сознание, не добравшись до дома. Она попросила прохожего помочь ей остановить такси, и направилась в пункт скорой помощи ближайшей больницы. Там врачи нашли результаты ее физического обследования, пульс, биохимический состав крови и электрокардиограмму совершенно нормальными...

Четыре недели спустя миссис Уотсон пережила второй похожий приступ, когда готовила дома ужин. Она договорилась о встрече со своим семейным врачом, но ее физическое состояние снова оказалось в норме. Женщина решила выкинуть эти эпизоды из головы и продолжать свою обычную жизнь. Однако в течение следующих нескольких недель она испытала четыре приступа и заметила, что стала волноваться, когда наступит очередной.

Затем миссис Уотсон обнаружила, что постоянно думает об этом. Приступы продолжались.

Она стала бояться выходить в одиночку из дома из-за страха, что будет захвачена приступом, одинокая и беспомощная. Бедняжка начала избегать кинотеатров, вечеринок и ужинов с друзьями из-за страха, что у нее повторится приступ, а уйти будет непросто. Когда хозяйственные нужды требовали поездок, она дожидалась возможности взять с собой в поездку детей или друга. Еще она начала ходить пешком двадцать кварталов до места своей работы, чтобы, если наступит приступ, избежать опасности быть запертой в вагоне метро между остановками. (Spitzer et al., 1983, p. 7-8)

Теорию формирования и методы лечения панического расстройства сначала стали разрабатывать ученые и терапевты, являющиеся сторонниками биологического подхода. В последние годы представители когнитивного направления создали и свою теорию.

Крупным планом

Паника: уязвимы все

Панику могут испытывать не только люди с паническим тревожным расстройством.

На самом деле многие паникуют, когда сталкиваются со стремительно надвигающейся угрозой. Бывший эстрадный артист Эдди Фой описывает, как отреагировала толпа, когда в Чикаго, в театре, где он выступал, возник пожар: «Пробегаю за занавесом, я мог различить ропот волнения, нарастающий в зале. Кто-то, конечно, завопил: «Пожар!» — такого рода дурак всегда найдется в толпе, и всегда сотни людей моментально сходят с ума, когда слышат это слово. Толпа хлынула к дверям, обратившись в паническое бегство...

Я закричал во весь голос: «Не волнуйтесь! Никакой опасности нет! Успокойтесь!» — и обратился к Диллеа, дирижеру: «Играйте, начинайте увертюру — что угодно! Но играйте!» Некоторые из его музыкантов разбежались, но некоторые... доблестно остались на месте.

Я стоял неподвижно, надеясь, что мое явное спокойствие успокаивающе подействует на толпу. Люди, находившиеся на нижних ярусах, услышали меня и, казалось, несколько успокоились. Но зрители, которые были выше, особенно на балконе, просто обезумели. Ужас, творившийся в зале, не поддается описанию... Пожарные лестницы не могли вместить толпу, и многие падали или с высоты спрыгивали на мостовую. Некоторые избежали смерти лишь благодаря тому, что приземлились на тела тех, кто прыгнул до них.

Но больше всего жизней было потеряно внутри здания, особенно на лестницах, ведущих вниз с балкона второго яруса. В основном погибшие были раздавлены или задохнулись, хотя многие разбились, упав или прыгнув через перила на пол фойе. В некоторых местах на лестницах, особенно на поворотах, возникли свалки, горы тел были семи или восьми футов высотой. Пожарные и полиция пытались разобрать их. В этих кучах были найдены случайно выжившие люди, но большая часть из них была искалечена. Следы каблучков на мертвых лицах молча свидетельствовали о том, что люди, охваченные ужасом, так же безумны и жестоки, как стадо в паническом бегстве...

Пожарная охрана прибыла вскоре после тревоги и так быстро погасила пламя в зале, что не пострадало ничего, кроме обивки кресел. Но когда шеф пожарной охраны заглянул в боковой выход и крикнул: «Есть кто живой?» — никто ему не ответил... С начала пожара прошло десять минут, а мертвые тела горами лежали в боковых проходах, и во всем огромном городе не набралось бы такого числа жертв. Через сутки стало известно, что как минимум 587 человек погибло и еще больше было ранено».

(Из книги «Шут по жизни», by Eddie Foy and Alvin F. Harlow. Copyright 1928 by E. P. Dutton & Co., Inc., Renewal Y 1956 by Alvin F. Harlow. Публикуется с разрешения издателей).

<Радость, обернувшаяся паникой. Неконтролируемые толпы ударились в панику, когда на финале кубка Европы по футболу в Брюсселе в 1985 году обрушилась стена. Тысячи людей были ранены и 38 человек погибло.>

Биологическая модель.

Биологическая теория и методы лечения панического расстройства стали развиваться в 1960-х годах, со времени удивительного открытия, что людям с подобной проблемой помогают не столько бензодиазепины — препараты, которые используются для лечения генерализованного тревожного расстройства, сколько некоторые *антидепрессанты*, средства, обычно используемые для снятия симптомов депрессии (Klein, 1964; Klein & Fink, 1962).

Биологическая теория формирования панического расстройства. В поисках понимания природы панического расстройства исследователи отталкивались от открытия эффективности антидепрессантов для его лечения. Они знали, что антидепрессанты изменяют активность *норэпинефрина*, одного из медиаторов, передающих сигналы от нейрона к нейрону в мозге. Так как эти изменения также устраняют приступ паники, исследователи заинтересовались, может ли быть так, что паническое расстройство вызывается прежде всего аномальной активностью норэпинефрина?

Норэпинефрин — медиатор, аномальная активность которого связана с паническим расстройством и депрессией.

Они собрали доказательства того, что у людей, страдающих приступами паники, активность норэпинефрина и в самом деле непостоянна (Levy et al., 1996; Gorman, Rapp & Coplan, 1995). Рассмотрим, например, *голубоватое пятно* — область мозга, богатую нейронами, использующими норэпинефрин (см. рис. 5.2). Когда эту область у обезьян стимулировали электричеством, у них наблюдались реакции, схожие с паникой. Это открытие позволило предположить, что реакции паники могут быть связаны с изменениями активности норэпинефрина в голубоватом пятне (Redmond, 1981, 1979, 1977). В других исследованиях ученые вызывали у людей приступы паники, вводя им вещества, которые влияют на активность норэпинефрина (Bourin et al., 1998, 1995; Charney et al., 1992, 1984).



Рисунок 5.2. Биология паники. Голубоватое пятно посылает сигналы миндалине, области мозга, которая, как известно, приводит в действие эмоциональные реакции.

Многие нейроны в голубоватом пятне используют норэпинефрин, медиатор, связанный с паническим расстройством и депрессией.

Голубоватое пятно — небольшой участок головного мозга, активно влияющий на регуляцию эмоций. Многие из его нейронов используют норэпинефрин.

Казалось, такие открытия указывают на аномальную активность норэпинефрина как на ключевую причину появления приступов паники. Однако остается неизвестным, что именно с ней не так. Например, неясно, заключается ли проблема в излишней активности, дефиците активности или же в другой форме нарушений функционирования, включающего норэпинефрин. И, что еще более усложняет дело, имеются доказательства того, что другие медиаторы также играют важную роль в возникновении панического расстройства (Gorman et al., 1995; Stein & Uhde, 1995). Более того, исследователи не знают, почему некоторые люди обладают такой биологической аномальностью. Возможно, что предрасположенность к формированию панического расстройства передается по наследству (Goldstein et al., 1997; Kendler et al., 1995; Torgersen, 1990, 1983). Если здесь действительно важен генетический фактор, то распространенность панического расстройства среди близких родственников должна быть выше, чем у дальних родственников. В результате одного исследования было обнаружено, что среди однояйцевых близнецов (близнецов, у которых генетический набор идентичен), если один близнец обладает паническим расстройством, у второго оно обнаружится в 24 % случаев. А среди разнояйцевых близнецов (у которых идентична лишь часть генотипа), если у одного из них имеется паническое расстройство, то другой будет страдать им лишь в 11 % случаев (Kendler et al., 1993). Однако другие исследования близнецов не всегда обнаруживали столь ясные тенденции (Stein & Uhde, 1995). Так что вопрос о генетической предрасположенности пока остается открытым.

Медикаментозная терапия. В 1962 году ученые Дональд Кляйн (Donald Klein) и Макс Финк (Max Fink) обнаружили, что определенные антидепрессанты могут снять приступы паники или уменьшить их частоту. Как мы говорили, это открытие сначала вызвало удивление теоретиков. С тех пор, тем не менее, исследования по всему миру постоянно подтверждали данное наблюдение (Jefferson, 1997; Hirschfeld, 1996, 1992). Очевидно, что антидепрессанты восстанавливают надлежащую активность медиатора норэпинефрина, особенно в нейронах, расположенных в голубоватом пятне (Gorman et al., 1995; Redmond, 1985). Они приносят улучшение как минимум 80% пациентов, страдающих паническим расстройством (Ballenger, 1998; Hirschfeld, 1992). Приблизительно 40% заметно поправляются или полностью выздоравливают, причем улучшение может сохраняться четыре года и более. Недавно подтвердили свою эффективность, получив схожую оценку успешности лечения, альпразолам (Xanax) и некоторые другие сильнодействующие бензодиазепины (Davidson, 1997; Ballenger, 1995). Ученые также обнаружили, что антидепрессанты и альпразолам помогают в

большинстве случаев панического расстройства с агорафобией (Uhlenhuth et al., 1995; Rickels et al., 1993). Эти средства особенно эффективны для нарушения цикличности приступов, предотвращения преждевременного наступления и снятия страха. Так как препараты устраняют или ослабляют приступы паники, больные обретают достаточную уверенность для того, чтобы вновь посещать общественные места (Maddock et al., 1993). В то же время самих по себе антидепрессантов или альпразолама не всегда достаточно для преодоления панического расстройства с агорафобией. Для таких людей более эффективным является сочетание антидепрессантов и экспозиционных методов бихевиористской терапии, чем что-либо одно (deBeurs et al., 1995; Nagy et al., 1993).

Когнитивная модель.

В последние годы некоторые когнитивисты пришли к мысли, что биологические проблемы являются лишь одной из причин возникновения приступов паники (Cox, 1996; Salkovskis, Clark & Gelder, 1996). Они доказывают, что реакции паники во всей их полноте испытывают лишь те люди, которые неверно интерпретируют свои внутренние физиологические события. Эта неверная интерпретация является центром внимания когнитивной теории и ее методов терапии.

Когнитивная теория. Сторонники когнитивной теории считают, что подверженные панике люди могут обладать очень высокой чувствительностью к определенным телесным ощущениям и неверно интерпретировать телесные ощущения как признаки болезни. Не пытаясь осознать возможную причину своих ощущений, например «я съел что-то не то» или «неприятный разговор с начальником», подверженные панике люди все больше и больше беспокоятся о том, что не могут контролировать себя, боятся самого худшего, теряют все виды на будущее и стремительно впадают в панику. Предполагая, что их «опасные» ощущения могут в любое время вернуться, они тем самым готовят себя к следующим приступам паники.

Почему некоторые люди могут быть склонными к такой неверной интерпретации? Исследователи указали на семь возможных факторов (Ehlers, 1993; Barlow, 1989, 1988). Может быть так, что у этих людей слабо развито умение бороться со стрессом или им не хватает социальной поддержки. Возможно, их детство было наполнено непредсказуемыми событиями, недостатком контроля, хроническими болезнями в семье или избыточной родительской реакцией на подобные симптомы.

Что бы ни являлось причиной этого расстройства, исследователи полагают, что подверженные панике люди имеют высокую степень **тревожной чувствительности**: они, как правило, большую часть времени концентрируются на своих физических ощущениях, неспособны оценить их логически и интерпретируют их как потенциально опасные (Cox, Endler & Swinson, 1995; Taylor, 1995). По данным одного исследования, люди, имеющие высокий балл по оценке тревожной чувствительности, страдают паническим расстройством в пять раз чаще, чем остальные (Maller & Reiss, 1992). Другие исследования показали, что людей с паническим расстройством действительно в большей степени, чем прочих, беспокоят и пугают физические ощущения (Pauli et al., 1997; Taylor, Koch & McNally, 1992).

Тревожная чувствительность — тенденция некоторых людей концентрироваться на своих телесных ощущениях, переоценивать их значимость и интерпретировать как опасные.

Согласно когнитивной теории, люди с высоким уровнем тревожной чувствительности особенно склонны испытывать и неверно интерпретировать определенные виды ощущений. В стрессовых ситуациях у многих учащается дыхание, происходит гипервентиляция. Видимо, необычное дыхание заставляет людей думать, что они находятся в опасности или даже умирают от удушья, и они поддаются панике (Rapee, 1995; Margraf, 1993). Неверно интерпретированы могут быть и другие физические ощущения, такие как возбуждение, стесненность дыхания, ощущение переполненности желудка и сильный гнев (McNally, Hornic & Donnel, 1995; Verburg et al, 1995). Одна женщина, узнав, что ее художественные работы будут выставлены в галерее, испытала такое возбуждение, что пережила «сердцебиение». Неверно интерпретировав его как сердечный приступ, она запаниковала.

При проведении **биологических тестов** исследователи вызывают у людей гипервентиляцию или иные физиологические ощущения, используя медикаменты либо инструктируя людей дышать, делать упражнения или просто думать определенным образом (Bertani et al., 1997; Dowden & Allen, 1997). Как и можно было ожидать, люди с паническим расстройством испытывали большую тревогу во время этих тестов, чем здоровые, особенно когда верили, что их телесные ощущения

являются опасными или неконтролируемыми (Rapee, 1995, 1993).

Биологические тесты — процедура, которую используют, чтобы вызвать у людей панику — путем интенсивных физических упражнений или исполнения иных требований в присутствии исследователя либо терапевта.

Хотя когнитивная теория формирования панического расстройства достаточно нова, она уже стала достаточно популярной. Исследования ясно демонстрируют, что подверженные панике люди могут интерпретировать физические ощущения различными способами. Однако то, насколько сильно различаются их интерпретации и как эти интерпретации связаны с биологическими факторами, остается вопросом, требующим более тщательного изучения.

Когнитивная терапия. Когнитивисты пытаются корректировать неверные интерпретации людьми своих телесных ощущений. Например, Аарон Бек старается объяснить своим пациентам, что испытываемые ими физические ощущения не несут вреда (Beck & Weishaar, 1995; Beck, 1988). Он рассказывает клиентам о природе приступов паники, о действительных причинах физиологических ощущений и о тенденции клиентов к неверной интерпретации того, что они чувствуют. Потом Бек подталкивает их к принятию более правильных интерпретаций в стрессовых ситуациях.

<Вопросы для размышления. Сторонники когнитивной теории предполагают, что люди, подверженные паническому расстройству, часто неверно интерпретируют свои телесные ощущения. По какой причине люди с семейной предрасположенностью к хроническим заболеваниям или с другими подобными факторами могут неправильно интерпретировать свои ощущения?>

В ходе терапевтического курса люди могут также обучаться отвлекаться от своих ощущений — например, завязывая разговор.

Помимо этого, когнитивные терапевты используют биологические испытательные процедуры для вызова ощущения паники, чтобы клиенты могли применить свои новые интерпретации под супервизией. Например, тем, чьи приступы паники обычно вызываются сильным сердцебиением, предлагают несколько минут попрыгать или бегом подняться по лестнице (Clark, 1993; Rapee, 1993). Затем они могут использовать соответствующие интерпретации своих ощущений, не сосредоточивая на них внимания.

Согласно данным проведенных исследований, когнитивные методы терапии часто помогают людям, страдающим паническим расстройством (Barlow, 1997; Craske et al., 1997). Так, 85% людей, прошедших когнитивную терапию, не испытывали паники в течение двух лет или более, по сравнению с 13% в контрольной группе (Clark & Wells, 1997; Ost & Westling, 1995).

Более того, было подтверждено, что для лечения панического расстройства когнитивная терапия является по меньшей мере столь же эффективной, как антидепрессанты или альпразолам, а иногда и более (Zaubler & Katon, 1998; Margraf et al., 1993). Ввиду эффективности и когнитивных, и медикаментозных методов лечения, многие клиницисты пытались их комбинировать. Однако еще не ясно, является ли сочетание этих подходов более эффективным, нежели одна когнитивная терапия (Barlow, 1997; Taylor, 1995).

Резюме

Открытия, сделанные в последние годы, пролили свет на причины возникновения панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства и стрессовых расстройств, и для каждого из них были разработаны многообещающие методы терапии.

Паническое расстройство. Приступы паники — это повторяющиеся, внезапно наступающие вспышки паники. Люди, страдающие паническим расстройством, переживают такие приступы, наступающие периодически и непредсказуемо, без какой-либо определенной причины.

Сторонники биологической теории считают, что причиной панического расстройства является аномальная активность норадренина в голубоватом пятне. Для лечения людей с этим расстройством они используют определенные антидепрессанты и бензодиазепины. Людям, страдающим паническим расстройством с агорафобией, может потребоваться сочетание медикаментозной терапии с бихевиористскими экспозиционными методами терапии.

Сторонники когнитивной теории предполагают, что подверженные панике люди очень чувствительны к своим телесным ощущениям и часто неверно интерпретируют их как признаки тяжелой болезни. Такие люди, как правило, имеют высокий уровень

тревожной чувствительности и испытывают сильную тревогу во время прохождения биологического испытательного теста. Когнитивные терапевты учат пациентов тому, что их физические ощущения на самом деле совершенно безопасны.

Обсессивно-компульсивное расстройство.

Навязчивые идеи (обсессии) — это стойкие мысли, идеи, импульсы или образы, которые переполняют сознание человека. **Навязчивые действия (компульсии)** — повторяющиеся и устойчивые поведенческие или мыслительные акты, которые люди вынуждены производить, чтобы предотвратить или снизить тревогу. Незначительные навязчивые идеи и действия знакомы практически каждому (Muris, Murckelbach & Clavan, 1997). Мы можем обнаружить, что поглощены мыслями о предстоящем выступлении, о встрече, экзамене, каникулах; что беспокоимся, не забыли ли мы выключить плиту или закрыть дверь; или что нас несколько дней преследует какая-то песня, мелодия или стихотворение. Мы можем чувствовать себя лучше, когда избегаем наступать на трещины в асфальте, разворачиваемся при встрече с черной кошкой, каждое утро непременно следуем заведенному порядку действий или строго определенным образом убираем свой рабочий стол.

Незначительные навязчивые идеи и действия могут быть полезны в жизни. Отвлекающие мелодии или небольшие ритуалы часто успокаивают нас в период стресса. Человек, который постоянно напевает мелодию или постукивает пальцами о стол во время теста, может таким образом снять свое напряжение, и это улучшит его результаты. Многие люди успокаивает соблюдение религиозных ритуалов: прикосновение к мощам, питье святой воды или перебирание четок.

Навязчивые идеи (обсессии) — стойкие мысли, идеи, импульсы или образы, которые являются повторяющимися и назойливыми и вызывают тревогу.

Навязчивые действия (компульсии) — повторяющиеся и устойчивые поведенческие или мыслительные акты, которые люди вынуждены производить, чтобы предотвратить или снизить тревогу.

Согласно DSM-IV, диагноз **обсессивно-компульсивное расстройство** может быть поставлен в том случае, когда навязчивые идеи или навязчивые действия ощущаются как чрезмерные, нерациональные, назойливые и неуместные; когда их тяжело отбросить; когда они приносят страдания, занимают много времени или когда они мешают повседневной деятельности (см. Диагностический перечень DSM-IV).

Обсессивно-компульсивное расстройство классифицируется как тревожное расстройство, потому что навязчивые идеи страдающих им являются причиной сильной тревоги, а навязчивые действия предназначены для предотвращения или смягчения этой тревоги. К тому же их тревога увеличивается, если они пытаются противостоять своим навязчивым идеям или действиям. Вот паттерн обсессивно-компульсивного расстройства, которое, по мнению ее мужа, имеет Джорджия:

Вы помните старую шутку о том, что встаешь среди ночи, чтобы сходить в туалет, а вернувшись в спальню, обнаруживаешь, что жена убрала постель? Так вот это не шутка. Иногда мне кажется, что она никогда не спит. Однажды я проснулся в 4 часа ночи и увидел, что Джорджия затеяла стирку. Посмотрите на вашу пепельницу! Я уже несколько лет не видел ни одной грязной пепельницы! Я вам скажу, что я чувствую, когда вижу супругу. Если я, придя с улицы, забываю оставить ботинки за дверью черного хода, она смотрит на меня так, словно я нагадил посреди операционной. Я много времени провожу вне дома и просто каменею, когда мне приходится быть дома. Она даже заставила нас избавиться от собаки, считая, что та всегда грязная. Когда мы приглашаем людей на ужин, она так суетится вокруг них, что гости просто не могут есть. Я терпеть не могу звать гостей и приглашать их на ужин, поскольку могу услышать, как они бормочут, запинаясь и извиняются, что не смогут прийти. Даже дети, выходя на улицу, нервничают, боясь испачкать одежду. Я схожу с ума, но с ней бесполезно говорить. Она лишь дуется и проводит за уборкой в два раза больше времени, чем обычно. Мы так часто вызываем уборщиков мыть стены, что, боюсь, дом развалится от того, что его все время скребут. Около недели назад чаша моего терпения переполнилась и я сказал ей, что не могу больше этого выносить. Я думаю, что она пришла к вам лишь потому, что я сказал ей просто для смеха, что собираюсь бросить ее и жить в свинарнике...

Джорджия тоже беспокоилась о том, как сказывается ее поведение на семье и друзьях, но в то же время знала, что когда пытается сдерживаться, начинает так

нервничать, что теряет голову. Ее пугала возможность стать «хозяйкой в сумасшедшем доме». Как она сказала: «Я не могу заснуть до тех пор, пока не буду убеждена, что все в доме лежит на своих местах, чтобы когда я встала утром, в доме был порядок. Я тружусь как сумасшедшая до поздней ночи, но когда поднимаюсь утром, продолжаю думать о тысяче вещей, которые необходимо сделать. Я знаю, что некоторые из них нелепы, но мне лучше, когда я их сделаю, и я не могу смириться с тем, что что-то нужно сделать, а я этого не сделала». (McNeil, 1967, p. 26-28)

Обсессивно-компульсивное расстройство — у человека, страдающего этим расстройством, возникают повторяющиеся нежелательные мысли и / или он вынужден производить повторяющиеся и устойчивые действия либо мыслительные акты. Ежегодно около 2% населения Соединенных Штатов страдают от обсессивно-компульсивного расстройства (APA, 1994; Regier et al., 1993). Оно одинаково распространено среди мужчин и женщин и обычно начинается в подростковом возрасте (Douglass et al., 1995; APA, 1994). Как и в случае с Джорджией, это расстройство обычно продолжается многие годы, симптомы и их тяжесть могут различаться (Flament et al., 1991). Многие люди с этим расстройством страдают также и депрессией, а у некоторых бывает расстройство пищеварения (Crino & Andrews, 1996; APA, 1994).

<**Психологические заметки.** Джек Николсон получил в 1988 году премию Американской киноакадемии за изображение человека, страдающего обсессивно-компульсивным расстройством в фильме «Как получится». В длинном списке актеров и актрис, получивших «Оскара» за изображение людей с психологическими расстройствами, есть имена Рэя Милланда («Потерянный уикэнд»), Джоанны Вудворд («Три лица Евы»), Клиффа Робертсона («Чарли»), снова Джека Николсона («Пролетая над гнездом кукушки»), Тимоти Хаттона («Обыкновенные люди»), Питера Флинча («Сеть»), Дастина Хоффмана («Человек дождя») и Джеффри Раша («Сияние»).

<**Долгое преследование.** Увлеченность капитана Ахава большим белым китом в романе Германа Мелвилла «Моби Дик» (1851) является одной из наиболее известных литературных иллюстраций обсессивного мышления.

Навязчивые идеи (обсессии).

Навязчивые идеи — это не то же самое, что чрезмерное беспокойство о действительных проблемах. Это мысли, которые ощущаются людьми как навязчивые и инородные. Попытки игнорировать их или сопротивляться им могут повлечь за собой еще большую тревогу, и когда они возвращаются, то могут стать более сильными, чем ранее. Как и Джорджия, люди с навязчивыми идеями обычно осознают, что их мысли являются чрезмерными и нецелесообразными.

<«Наши мысли... могут ад превратить в рай, а рай — в ад». — Дж. Мильтон, «Потерянный рай».

Навязчивые мысли часто принимают форму навязчивых желаний (например, повторяющееся желание смерти супруга), импульсов (повторяющиеся побуждения громко выругаться на рабочем месте или в церкви), образов (появляющиеся перед глазами картинки запретных сексуальных сцен), идей (убеждения, что повсюду находятся микробы) или сомнений (беспокойство человека о том, что он принял или примет неверное решение). Вот данное терапевтом описание двадцатилетнего студента колледжа с навязчивыми сомнениями:

Теперь он каждую ночь проводит несколько часов, «перефразируя» события дня, особенно беседы с друзьями и преподавателями, бесконечно «делая поправки» и обо всем сожалея. Он сравнивает этот процесс с многократным просмотром видеозаписи событий, во время которого постоянно спрашивает себя, правильно ли он поступил, и пытается убедить себя, что старался, как только мог, или говорил именно то, что было нужно. Чаще всего он делает это, сев за стол заниматься, и обычное дело для него — посмотреть после долгих размышлений на часы и обнаружить, что прошло уже два или три часа. (Spitzer et al., 1981, p. 20-21)

В мыслях людей, страдающих обсессиями, присутствуют определенные основные темы (APA, 1994). Наиболее часто встречающиеся темы — грязь и заражение. Другими распространенными темами являются темы насилия и агрессии, аккуратности, религии и сексуальности.

Сцены из современной жизни

Ужас, скрывающийся за улыбкой

Многие из сегодняшних студентов с детства привыкли смотреть такие телепрограммы, как «Двойной вызов» и «Семейный двойной вызов» — едва ли не самые грязные (в прямом смысле) игры в истории телевидения. Юных соперников

постоянно обливали чем-то липким и окунали в какую-то мерзость (Summers, 1996). В то же время казалось, что ведущий этого шоу, Марк Саммерс (см. фото), получает огромное наслаждение, особенно когда дети хватают его и тоже бросают в грязь. Тем не менее в 1996 году Саммерс поведал, что годы, отданные этому шоу, были для него настоящим кошмаром. Марк Саммерс страдал обсессивно-компульсивным расстройством.

Саммерс говорит, что это расстройство началось, когда ему было восемь лет. Он помнит, как часами убирал комнату, перекладывая и очищая от пыли каждую книгу в своем книжном шкафу.

Когда он получил шанс вести «Двойной вызов», то не мог отказаться от возможной карьеры. Но цена оказалась очень высока. После шоу он каждый раз несколько часов проводил в душе. «Это было самое неприятное на свете ощущение — чувство физического отвращения». Только недавно Саммерс распознал это расстройство. Теперь он принимает от него лекарства, и симптомы идут на убыль.

<Вопросы для размышления: Возможно ли, что Саммерс согласился вести шоу, поскольку оно могло помочь ему встретиться с его страхами и навязчивыми действиями? Если это была форма самолечения, то почему она не помогла? Какие иные примеры так называемого противодействия фобии встречаются в нашей культуре?>

Навязчивые действия (компульсии).

Хотя навязчивые действия формально находятся , под сознательным контролем, люди, ощущающие потребность совершать их, на самом деле не имеют особого выбора. Они верят, что если не осуществят эти действия, то произойдет нечто ужасное. В то же время большая часть этих людей осознает, что их поведение нерационально (Foa & Kozak, 1995).

После выполнения навязчивого действия они обычно на некоторое время чувствуют облегчение. Некоторые люди превращают это действие в детализированный и зачастую тщательно продуманный компульсивный ритуал. Они должны совершать ритуал каждый раз одним и тем же способом, подчиняясь определенным правилам. Как и навязчивые мысли, навязчивые действия могут принимать различные формы (Ball, Baer & Otto, 1996). Очень распространены навязчивые действия, связанные с очищением (Tallis, 1996). Как и Джорджия, люди с подобным расстройством чувствуют, что они должны постоянно чистить себя, свою одежду, свой дом. Уборка и чистка может следовать ритуальным правилам и повторяться десятки и даже сотни раз на дню. Люди, страдающие навязчивыми действиями, связанными с проверкой, проверяют одни и те же вещи снова и снова, например, дверной замок, газовый кран, пепельницу, важные бумаги. Другим распространенным видом навязчивых действий страдают люди, постоянно ищущие порядок или пропорциональность в своих действиях и в том, что окружает их. Они могут раскладывать объекты (например, одежду, книги, продукты) в точном порядке согласно строгим правилам.

Компульсивные ритуалы — детализированная, зачастую тщательно продуманная последовательность действий, которую, как чувствует человек, он вынужден совершать, всегда одним и тем же образом.

Навязчивые очищающие действия — часто встречающиеся навязчивые действия, осуществляемые людьми, которые чувствуют потребность постоянно очищать себя, свою одежду, свой дом.

Навязчивые проверочные действия — навязчивые действия, осуществляемые людьми, которые чувствуют потребность проверять одни и те же вещи снова и снова. Тринадцатилетний Тед был направлен на обследование в психиатрическое отделение больницы «Мидвестерн» в связи с «бессмысленными ритуалами и вниманием к мелочам». Он мог провести три часа, располагая рулон туалетной бумаги строго по центру держателя или поправляя постель и другие предметы в своей комнате. Он по нескольку раз перекладывал книги или завязывал шнурки на ботинках, пока не убеждался, что они лежат «ровно». Будучи обычно мирным, он ругался с членами своей семьи, когда те пытались зайти к нему в комнату, из-за страха, что они передвинут или сломают его вещи. Находясь в школе, Тед беспокоился, что люди могут нарушить порядок в его комнате. Иногда его насильно приходилось отрывать от рутинного занятия, чтобы мальчик мог хотя бы поесть. В прошлом году он спрятал предметы своего гардероба по всему дому потому что те не желали лежать ровно в его ящиках. Более того, Тед часто повторял себе: «Вот отлично; ты молодец». (Spitzer et al., 1983, p. 15)

Другими распространенными навязчивыми действиями являются *дотрагивание*

(повторяющиеся прикосновения или избегание прикосновения к определенным вещам), *вербальные ритуалы* (повторение выражений или напевание мотивов) или счет (повторяющийся подсчет предметов, встречающихся в течение дня).

Навязчивые идеи и навязчивые действия.

Хотя некоторые люди, страдающие обсессивно-компульсивным расстройством, имеют только навязчивые идеи или навязчивые действия, большинство из них страдает и от того и от другого. Фактически навязчивые действия часто являются ответом на навязчивые идеи (Pato & Pato, 1997). Одно исследование показало, что в большинстве случаев навязчивые действия являются как бы *уступкой* навязчивым сомнениям, идеям или побуждениям (Akhtar et al., 1975). Женщина, которая постоянно сомневается в том, что ее дом находится в безопасности, может уступать этим навязчивым сомнениям, часто проверяя замки и газовые краны. Мужчина с навязчивым страхом заражения может делать уступку этому страху, осуществляя ритуалы очищения. В некоторых случаях кажется, что навязчивые действия помогают контролировать навязчивые идеи. Ниже приведено описание девочкой-подростком своих попыток контролировать навязчивые страхи заражения путем исполнения счетных и вербальных ритуалов:

Пациентка: Как только я слышала что-то, связанное с микробами или болезнью, я начинала плохо себя чувствовать и я должна была проделать кое-что мысленно, чтобы все снова стало хорошо.

Интервьюер: Что именно ты должна была проделать?

Пациентка: Говорить про себя числа или слова, которые как бы являются защитой.

Интервьюер: Какие числа и слова?

Пациентка: Тройка и по порядку числа, делящиеся на три, слова «вода и мыло» или что-то вроде того; а затем чисел, делящихся на три, стало очень много, я должна была считать до 124 и больше. Тогда стало совсем плохо. (Spitzer et al., 1981, p. 137)

Многие люди с обсессивно-компульсивным расстройством беспокоятся о том, что могут претворить в жизнь свои навязчивые идеи. Мужчина с навязчивыми образами ранения близких может бояться, что близок к совершению убийства; или же женщина с навязчивым желанием выругаться в церкви может беспокоиться о том, что однажды поддастся этому желанию и попадет в глупое положение. Эти волнения по большей части необоснованны. Хотя многие навязчивые идеи ведут к навязчивым действиям — в частности, очищающим и проверочным навязчивым действиям, — они, как правило, не приводят к насильственным или аморальным поступкам.

Теории возникновения и методы лечения.

Обсессивно-компульсивное расстройство, как и паническое расстройство, было когда-то одним из наименее изученных психологических расстройств. Однако в последние годы исследователи стали лучше понимать его. Наибольшее влияние имеют теории возникновения и методы лечения, предложенные психодинамической, бихевиористской, когнитивной и биологической моделями.

Психодинамическая модель

Как мы говорили выше, сторонники психодинамической модели считают, что тревожное расстройство формируется тогда, когда дети начинают бояться импульсов своего Ид и используют защитные механизмы Эго, чтобы смягчить возникающую в результате тревогу. Что отличает обсессивно-компульсивное расстройство от других тревожных расстройств? В его случае борьба между вызывающими тревогу импульсами Ид и снижающими тревогу защитными механизмами Эго разворачивается в запутанных и волнующих мыслях и действиях, а не в бессознательном. Импульсы Ид обычно принимают форму навязчивых идей, а защитные механизмы Эго проявляются в качестве противоположных идей или навязчивых действий. Женщина, которую преследует картина того, что ее мать лежит, разбившись и истекая кровью, например, может противостоять этим мыслям, постоянно проверяя, все ли в порядке дома.

Психодинамическая теория формирования обсессивно-компульсивного расстройства. Согласно теоретикам психодинамического подхода, обсессивно-компульсивному расстройству обычно сопутствуют три защитных механизма Эго: изоляция, аннулирование и реактивное образование (Hollander et al., 1994). Люди, которые прибегают к изоляции, попросту отказываются от своих неудобных и нежелательных мыслей и ощущают их как вторжение извне. Люди, прибегающие к аннулированию, осуществляют действия, предназначенные нейтрализовать их нежелательные импульсы. Например, люди, постоянно моющие руки, могут таким образом символически аннулировать свои неприемлемые импульсы ид. Люди, развивающие

реактивное образование, избирают такой жизненный стиль, который прямо противоположен их неприемлемым импульсам. Человек может вести жизнь, полную доброты и преданности другим с целью противостоять неприемлемым агрессивным импульсам.

Зигмунд Фрейд считал, что во время *анальной стадии* развития (начинающейся приблизительно в двухлетнем возрасте) некоторые дети испытывают сильные гнев и стыд, которые разжигают конфликт между Ид и Эго. По его теории, дети в этот период получают удовольствие от процесса дефекации. Когда родители приучают детей к туалету, те должны научиться отказываться от своих анальных удовольствий. Если родители преждевременно или слишком строго заставляют их ходить на горшок, дети могут испытывать такой гнев, что у них развиваются *агрессивные импульсы Ид*, антисоциальные импульсы, время от времени ищущие выражения. Дети могут начать куда чаще пачкать одежду и стать в целом деструктивными, неаккуратными и упрямыми.

Если родители сдерживают детскую агрессивность путем давления и устыжения, дети могут также чувствовать стыд, вину и ощущать себя грязными. Тогда агрессивные импульсы будут соперничать с сильным желанием контролировать их; ребенок, которому хочется запачкать одежду, будет испытывать такое же желание удержаться от этого. Если этот напряженный конфликт между Ид и Эго продолжается, он может в конечном счете перерасти в обсессивно-компульсивное расстройство.

Изоляция — защитный механизм Эго, заключающийся в том, что люди отвергают свои неудобные и нежелательные мысли и отрекаются от них, переживая их как вторжение извне.

Аннулирование — защитный механизм Эго, заключающийся в том, что человек бессознательно нейтрализует неприемлемое желание или действие, исполняя другое действие.

Реактивное образование — защитный механизм Эго, заключающийся в том, что человек противостоит своим неприемлемым желаниям, избирая такой жизненный стиль, который прямо противоположен его нежелательным импульсам.

Не все сторонники психодинамической теории соглашались с объяснениями Фрейда. Например, многие считают, что агрессивные импульсы людей, страдающих этим расстройством, уходят корнями скорее в блокированную потребность в безопасности, чем в некий опыт приучения к туалету (Erikson, 1963; Sullivan, 1953; Homey, 1937).

Однако и эти психологи согласны с Фрейдом в том, что люди с подобным расстройством обладают сильными агрессивными импульсами и таким же желанием контролировать их. В основном, различные психодинамические теории не имеют экспериментальных подтверждений (Fitz, 1990).

<Известность не является защитой. Когда легендарный миллиардер Говард Хьюз (Howard Hughes) совершал полет вокруг света, устанавливал рекорды, открывал международную авиакомпанию и управлял одновременно несколькими предприятиями, никто не мог предположить, что однажды он окажется скован навязчивым страхом заражения и многочисленными очищающими ритуалами.>

Психодинамические методы терапии. Психоаналитики стараются помочь людям с обсессивно-компульсивным расстройством раскрыть и преодолеть их скрытые конфликты и защиты, используя технику свободных ассоциаций и интерпретации терапевта. Однако исследования не приводят особых доказательств того, что психодинамический подход приносит много пользы (Salzman, 1980). Существует даже мнение, что психодинамическая терапия может добавить трудностей пациентам с обсессивно-компульсивным расстройством (Salzman, 1980). Свободные ассоциации и интерпретации могут усилить их тенденцию слишком много размышлять (Nooman, 1971). Поэтому теперь некоторые психоаналитики предпочитают лечить таких пациентов, используя методы краткосрочной психодинамической терапии, которые являются более четкими и ориентированными на действие, нежели классические техники (Salzman, 1985, 1980) (см. главу 2).

<Вопросы для размышления. В отрывке, приведенном ниже, представитель парковой комиссии города Нью-Йорка высказывает свое мнение об актах вандализма в уборных. Могут ли сторонники психодинамической теории иметь иное мнение на этот счет? — «Вы не поверите, с какой свирепостью люди нападают на туалеты. Они ломают унитазы, разбивают их вдребезги. Они звереют. Я могу понять, почему люди наносят ущерб школам и другим местам, где у них были какие-то трудности, но мне непонятно, отчего они настолько недоброжелательны к уборным.»>

Бихевиористская модель

Бихевиористы уделяли теории формирования и методам лечения навязчивых действий больше внимания, чем навязчивым идеям. Хотя сама по себе бихевиористская теория формирования навязчивых действий получила сравнительно небольшую поддержку клиницистов, бихевиористские методы терапии оказались весьма успешными и помогли изменить неблагоприятный прогноз в случае этого заболевания.

Бихевиористская теория формирования обсессивно-компульсивного расстройства. Бихевиористы предполагают, что люди приобретают навязчивые действия случайно. Так получается, что в ситуации тревоги они начинают мыть руки, говорить или одеваться определенным образом. Когда угроза проходит, больные связывают улучшение ситуации с этим особенным действием. После нескольких случайных совпадений люди начинают верить, что это действие приносит им удачу или действительно меняет ситуацию, так что они снова и снова в схожих ситуациях осуществляют это действие. Этот акт становится ключевым методом избегания или снижения тревоги (Steketee et al, 1996).

Известный клиницист и исследователь Стэнли Рэчмен со своими коллегами продемонстрировал, что навязчивые действия, похоже, способствуют снижению тревоги. Например, в одном из экспериментов двенадцать человек с навязчивым мытьем рук контактировали с объектами, которые они считали зараженными (Hodgson & Rachman, 1972). Как и предсказывали бихевиористы, ритуал мытья рук у этих людей, казалось, снижает их тревогу. Конечно, хотя подобные исследования означают, что навязчивые действия в конце концов подкрепляются снижением тревоги, они не доказывают, что навязчивые действия приобретаются прежде всего как результат этих снижений.

Бихевиористские методы терапии. В середине шестидесятых, когда В. Майер (V. Meyer) проводил терапию двух пациентов с хроническим обсессивно-компульсивным расстройством, он дал указания персоналу больницы тщательно следить за ними и удерживать их от исполнения навязчивых действий. Компульсивное поведение пациентов заметно улучшилось, и улучшение сохранялось по прошествии четырнадцати месяцев. В семидесятых годах Стэнли Рэчмен отказался от надзора персонала: он просто предписывал пациентам стараться воздерживаться от исполнения своих навязчивых действий (Rachman, 1985; Rachman & Hodgson, 1980).

<Вопросы для размышления. Если случайные связи между определенными действиями и снижением тревоги бывают в жизни каждого человека, почему тогда лишь у некоторых людей образуются навязчивые действия?>

Прием Рэчмена получил название метода **погружения (экспозиции) и предотвращения ответных действий**. Клиентов несколько раз вводят в контакт с объектами или ситуациями, вызывающими тревогу, навязчивые страхи или навязчивые действия, но при этом им дают инструкции сопротивляться желанию произвести действия, которые, как кажется этим людям, они обязаны совершить. Поскольку людям очень сложно остановиться, терапевты зачастую подают им пример. Находясь под наблюдением клиентов, терапевты взаимодействуют с объектами, не осуществляя никаких навязчивых действий, и затем воодушевляют клиентов делать то же самое.

Погружение (экспозиция) и предотвращение ответных действий — бихевиористский метод терапии обсессивно-компульсивного расстройства, в котором люди сталкиваются с вызывающими тревогу мыслями или ситуациями и затем удерживаются от осуществления своих навязчивых действий.

Нейтрализация — попытка устранить нежелательные мысли с помощью других мыслей и поведения, «исправляющих», компенсирующих неприемлемые мысли.

В настоящее время многие бихевиористы используют метод Рэчмена. Некоторые из них к тому же заставляют клиентов выполнять дома *самостоятельную работу (техники самопомощи)* (Knox, Albano & Barlow, 1996; Emmelkamp, 1994). Они дают клиентам задания на дом по погружению и предотвращению ответных действий. В качестве иллюстрации приведем пример домашнего задания, полученного женщиной с очищающими навязчивыми действиями:

— Не мойте пол вашей ванной комнаты в течение недели. После этого протрите его за три минуты обыкновенной шваброй. Используйте эту же швабру и для других работ, предварительно не очищая ее.

— Купите пушистый мохеровый свитер и носите его неделю. Снимая свитер на ночь, не убирайте с него катышки шерсти. Неделю не убирайте в доме.

— Вы, ваш муж и дети не должны снимать обувь, входя с улицы. Не убирайте в доме в

течение недели.

— Уроните печенье на грязный пол, поднимите и съешьте.

— Бросьте простыни и одеяла на пол, а затем постелите их на кровати. Неделю не меняйте это постельное белье. (Emmelkamp, 1982, p. 299-300)

В конце концов женщина смогла установить приемлемый порядок уборки дома и очищения самой себя.

Погружение (экспозиции) и предотвращение ответных действий применялись в индивидуальной и групповой терапии. У 60-90 % клиентов с обсессивно-компульсивным расстройством было обнаружено заметное улучшение при использовании этого подхода (Albucher, Abelson & Nesse, 1998; Riggs & Foa, 1993) (см. диаграмму 5-3). Кроме того, у них улучшилась личная, социальная и деловая жизнь. Эти изменения наблюдались на протяжении нескольких лет (Bolton, Luckie & Steinberg, 1995; Marks & Swinson, 1992).

Эффективность данного метода позволяет предположить, что люди с обсессивно-компульсивным расстройством подобны суеверному человеку из старого анекдота, который щелкал пальцами, отгоняя слонов. Когда кто-то указывал ему на то, что никаких слонов поблизости нет, человек отвечал: «Вот видите? Это работает!». В одном обзоре было такое заключение: «Оглянувшись назад, можно увидеть, что человек, страдающий навязчивыми мыслями, щелкал пальцами, и до тех пор, пока он не остановился (удержание от ответных действий) и не огляделся вокруг (экспозиция), он не мог узнать о слонах ничего ценного» (Berk & Efran, 1983, p. 546).

Несмотря на производимое впечатление, этот подход имеет определенные ограничения. У некоторых клиентов, проходивших лечение, исчезли все симптомы, но у четверти клиентов не было никакого улучшения (Marks & Swinson, 1992; Greist, 1990). К тому же этот подход мало полезен тем, кто страдает навязчивыми мыслями, а не навязчивыми действиями (Jenike, 1992). Наконец, наилучшие результаты были получены в результате терапии очищающих и проверочных навязчивых действий. Насколько эффективен этот подход при лечении других видов навязчивых действий или множественных навязчивых действий, неизвестно (Ball, Baer & Otto, 1996).

<Вопросы для размышления. Попробуйте вспомнить те моменты в своей жизни, когда вы инстинктивно использовали упрощенную версию погружения (экспозиции) и предотвращения ответных действий, желая предотвратить возможное появление шаблонов поведения. Были ли успешными ваши усилия? Исходя из этого, что можно сказать о пользе систематического и, возможно, контролируемого применения этой техники?>



Рисунок 5.3. Успешное лечение очищающих навязчивых действий. В процессе терапии экспозицией и удержанием от ответных действий клиент демонстрирует устойчивое снижение частоты ежедневных ритуалов мытья рук и общего количества времени, затраченного на них. (Rachman, Hodgson & Marzillier, 1970, p. 390, адаптировано.)

Когнитивная модель

Когнитивисты разработали многообещающие теории формирования и методы терапии обсессивно-компульсивного расстройства. Поскольку их теория и

терапевтические техники тоже используют принципы бихевиоризма, многие обозреватели предпочитают описывать этот подход как когнитивно-поведенческий. Когнитивная теория формирования обсессивно-компульсивного расстройства. Когнитивная теория формирования обсессивно-компульсивного расстройства начинается с указания на то, что у каждого человека имеются повторяющиеся, нежелательные, назойливые мысли. У каждого могут быть мысли о причинении вреда другим, об участии в неприемлемых сексуальных актах, о заражении вирусами, но большая часть людей легко отбрасывают их или игнорируют (Salkovskis et al., 1997, 1996; Salkovskis, 1989, 1985). Тем не менее те, у кого сформировалось обсессивно-компульсивное расстройство, обычно винят себя за такие мысли и предполагают, что произойдет что-то ужасное.

Такие люди находят нежелательные мысли настолько отвратительными и создающими такое напряжение, что стараются устранить или избежать их. Они **нейтрализуют** — думают и ведут себя таким способом, который предназначен исправить происходящее внутри них, возместить неудобные мысли. Нейтрализация включает в себя требование особого одобрения со стороны других, сознательное создание «хороших» мыслей, мытье рук или проверку возможных источников опасности (Freeston & Ladouceur, 1997).

Когда нейтрализующее усилие приносит временное снижение дискомфорта, оно подкрепляется и, очевидно, используется снова. В конце концов нейтрализующие мысли или действия используются так часто, что становятся, по определению, навязчивыми идеями или навязчивыми действиями. В то же время люди все больше и больше убеждаются в опасности назойливых мыслей, которые были у них первоначально. Ощущение угрозы и беспокойства, вызываемое этими мыслями, возрастает, в результате чего такие мысли все чаще приходят на ум, таким образом тоже становясь навязчивыми. Нежелательные мысли бывают у каждого, но лишь у некоторых развивается расстройство. Почему они находят обыкновенные мысли такими тревожными, что начинают формировать у себя расстройство? Исследователи обнаружили, что такие люди (1) имеют большую тенденцию к депрессивности, чем другие (Clark & Purdon, 1993; Conway et al., 1991); (2) имеют чрезвычайно высокие стандарты поведения и морали (Rachman, 1993; Rachman & Hodgson, 1980); (3) считают, что их назойливые негативные мысли могут причинить вред им или другим людям и чувствуют ответственность за предотвращение воображаемой опасности (Ladouceur, Rheaume & Aublet, 1997; Freeston, Rheaume & Ladouceur, 1996); (4) в большинстве случаев верят, что могут и должны строго контролировать свои мысли и действия (Clark & Purdon, 1993; Rachman, 1993).

Другие аспекты когнитивной теории также получили научную поддержку. Некоторые исследователи обнаружили, например, что люди, страдающие обсессивно-компульсивным расстройством, имеют действительно больше назойливых мыслей, чем другие люди (Clark, 1992). К тому же исследования подтвердили, что люди, у которых сформировалось обсессивно-компульсивное расстройство, по крайней мере иногда, пытаясь остановить свои нежелательные мысли, прибегали к более продуманным и сложным нейтрализующим техникам, чем другие, (Freeston et al., 1992) и, по-видимому, эти нейтрализующие техники на время снижали их дискомфорт (Roper, Rachman & Hodgson, 1973).

Когнитивные методы терапии обсессивно-компульсивного расстройства. Для терапии людей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, иногда использовались подходы, сочетающие когнитивные и бихевиористские техники (Freeston et al., 1996; van Oppen & Arntz, 1994). Терапевты, использующие **тренинг адаптивности (habituation training)**, стремятся снова и снова вызывать у клиента навязчивые мысли. Они предполагают, что благодаря интенсивной экспозиции эти мысли уже не будут казаться столь угрожающими, тревога, вызываемая ими, понизится, и таким образом уменьшится число вновь возникающих навязчивых мыслей или навязчивых действий (Salkovskis & Westbrook, 1989; Rachman & Hodgson, 1980).

В одном из вариантов тренинга адаптивности клиентов просто инструктируют вызывать в уме навязчивые мысли или образы и некоторое время их удерживать. В другом варианте клиенты один или два раза в день в течение часа слушают свои собственные голоса, записанные на пленку и подтверждающие их навязчивые мысли снова и снова.

Тренинг адаптивности (наводнение) — терапевтическая техника, в которой терапевт старается снова и снова вызывать у клиента навязчивые мысли,

предполагая, что в результате такие мысли утратят свое угрожающее значение и это станет причиной снижения тревоги.

Терапия людей, страдающих только навязчивыми мыслями, часто заключается лишь в тренинге адаптивности (Rachman & Hodgson, 1980). Однако лечение других людей терапевты могут дополнять *техникой скрытого предотвращения ответа (covert response prevention)*: они учат клиентов удерживаться или отвлекаться от исполнения навязчивых действий, которые могут возникать во время тренинга адаптивности. Пока что основную поддержку этот подход получил на основе результатов изучения клинических случаев (James & Blackburn, 1995; Ladouceur et al., 1995).

Биологическая модель

Отчасти благодаря тому, что обсессивно-компульсивное расстройство в прошлом так плохо поддавалось объяснению, исследователи постоянно пытались отыскать скрытые биологические факторы, которые могут быть с ним связаны (Zaleman, 1995; Jenike, 1992). В последние годы их усилия были вознаграждены разработкой многообещающих биологических методов терапии.

Биологическая теория формирования обсессивно-компульсивного расстройства.

Многообещающими выглядят две линии научного объяснения биологических причин обсессивно-компульсивного расстройства. Одна из них указывает на аномально низкую активность медиатора серотонина, другая — на аномальное функционирование некоторых ключевых зон головного мозга у людей, страдающих этим расстройством (Gross-Isseroff et al., 1996; Swoboda & Jenike, 1995).

Серотонин, как ГАМК и норэпинефрин, является химическим соединением, которое переносит информацию от нейрона к нейрону. Его связь с обсессивно-компульсивным расстройством была установлена благодаря обнаружению действия антидепрессантов. Клинические исследователи открыли, что два препарата из группы антидепрессантов, кломипрамин (Anafranil) и флуоксетин (Prozac), снижают обсессивные и компульсивные симптомы (Klerman et al., 1994; Rapoport, 1991, 1989). Исходя из того, что эти препараты также повышают активность серотонина, некоторые исследователи заключили, что обсессивно-компульсивное расстройство является результатом низкой активности серотонина (Altemus et al., 1993; Flament et al., 1985). Действительно, только те антидепрессанты, которые повышают активность серотонина, помогают в случаях обсессивно-компульсивного расстройства; антидепрессанты, которые влияют в основном на другие медиаторы, не дают подобного эффекта (Jenike, 1992).

Серотонин — медиатор, аномальная активность которого связана с депрессией, обсессивно-компульсивным расстройством и расстройствами аппетита.

Другая линия научных исследований связывает обсессивно-компульсивное расстройство с аномальным функционированием двух зон головного мозга: **коры нижней поверхности лобных долей** (orbital frontal cortex), расположенной над глазами, и **хвостатых ядер**, структур, входящих в состав базальных ядер мозга. Вместе взятые, они участвуют в мозговом цикле, который превращает сенсорную информацию в мысли и действия (см. рис. 5.4). Цикл начинается в коре нижней поверхности лобных долей, где обычно возникают сексуальные, агрессивные и другие примитивные импульсы. Потом эти импульсы перемещаются в хвостатые ядра, выполняющие в цикле роль фильтров и пересылающие наиболее мощные импульсы в таламус, следующую систему в цикле. Если импульсы достигают таламуса, человек вынужден далее думать о них и, возможно, действовать. Многие сторонники биологической теории сейчас считают, что или кора нижней поверхности лобных долей, или хвостатые ядра у некоторых людей слишком активны, что ведет к непрерывному прорыву мучительных мыслей и действий (Salloway & Cummings, 1996; Rapoport, 1991).



Рисунок 5.4. Биология обсессивно-компульсивного расстройства. Трехмерная картина мозга (с частями, показанными так, как если бы лежащие над ними мозговые оболочки были прозрачными) показывает мозговой цикл, который исследователи связывают с обсессивно-компульсивным расстройством. В нормальном состоянии хвостатые ядра фильтруют импульсы, возникающие в коре нижней поверхности лобных долей, так что лишь наиболее мощные из них достигают таламуса. Возможно, что у людей с обсессивно-компульсивным расстройством эти области являются слишком активными. (Rapoport, 1989, p. 85, адаптировано.)

Кора нижней поверхности лобных долей — зона головного мозга, в которой обычно возникают импульсы, вызывающие экскретивную, сексуальную, агрессивную и другие примитивные активности.

Хвостатые ядра — структуры в базальных ганглиях мозга, помогающие переводить сенсорную информацию в мысли и действия.

В поддержку этой теории говорят многолетние медицинские наблюдения возникновения или затухания симптомов обсессивно-компульсивного расстройства вследствие повреждения коры нижней поверхности лобных долей, хвостатых ядер или смежных зон мозга в результате несчастного случая или болезни (Max et al, 1995; Paradis et al., 1992). Позитронно-эмиссионная томография (PET-сканирование), которая дает рисунок мозговой активности, показала, что хвостатые ядра и кора нижней поверхности лобных долей пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством более активны, чем у контрольной группы (Pato & Pato, 1997; Baxter et al., 1990).

Эти линии исследований могут быть связаны между собой. Поскольку медиатор серотонин играет большую роль в процессах, проходящих в коре нижней поверхности лобных долей и хвостатых ядрах, его низкая активность может серьезно мешать нормальному функционированию этих областей.

<Психологические заметки. К моменту рождения человека нейроны в его мозге формируют более 50 миллиардов синапсов, или соединений. За первые месяцы жизни число их возрастает в двадцать раз, достигая более чем 1 000 миллиардов (Begley, 1997).>

Биологические методы терапии обсессивно-компульсивного расстройства.

Как мы упоминали выше, исследователи узнали, что определенные антидепрессанты полезны для терапии обсессивно-компульсивного расстройства (Pato & Pato, 1997; Greist et al., 1995). Они не только повышают активность серотонина в мозге, но и обеспечивают более близкую к нормальной активность в коре нижней поверхности лобных долей и хвостатых ядрах (Baxter et al., 1992).

Исследования показали, что применение кломипрамина (Anafranil), флуоксетина (Prozac) и флувоксамина (Luvox), вызывает улучшение у 50-80 % людей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством (Black et al., 1997; Taylor, 1995).

Навязчивые идеи и навязчивые действия людей, которые принимают эти

антидепрессанты, обычно полностью не исчезают, но в среднем вдвое сокращаются за восемь недель лечения (DeVeauugh-Geiss et al., 1992).

Тем не менее люди, улучшение состояния которых основано только на медикаментозной терапии, склонны переживать рецидивы после отмены препарата (Taylor, 1995; Michelson & Marchione, 1991).

Таким образом, методы терапии обсессивно-компульсивного расстройства, как и терапия панического расстройства, претерпели значительное улучшение в течение последнего десятилетия. Бывшее некогда тяжелой проблемой, обсессивно-компульсивное расстройство теперь поддается нескольким формам терапии, особенно часто используемому методу погружения (экспозиции) и предотвращения ответных действий и лечению антидепрессантами (эти процедуры обычно сочетаются) (Riggs & Foa, 1993; Greist, 1992). Более того, по крайней мере два важных исследования позволяют предположить, что бихевиористский и биологический подходы могут, в конечном счете, оказывать одно и то же действие на мозг. В ходе этих исследований у людей, получавших терапию методом экспозиции и предотвращения ответных действий, и у людей, принимавших антидепрессанты, было обнаружено заметное снижение активности в хвостатых ядрах (Schwartz et al, 1996; Baxter et al, 1992). Это первые случаи настолько прямой связи терапии психического расстройства с изменениями в функционировании головного мозга.

Резюме

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством испытывают навязчивые идеи или осуществляют навязчивые действия, или же их преследует и то и другое. Навязчивые действия зачастую являются ответом на навязчивые идеи.

Теории формирования и методы терапии. Согласно психодинамической теории, обсессивно-компульсивное расстройство возникает из борьбы между импульсами Ид, которые проявляются в виде навязчивых идей, и защитными механизмами Эго, которые принимают форму противоположных мыслей или навязчивых действий.

Бихевиористы считают, что навязчивые действия часто развиваются через случайные ассоциации. Ведущий бихевиористский метод терапии сочетает пролонгированную экспозицию с удержанием от ответных действий.

Сторонники когнитивной теории считают, что обсессивно-компульсивное расстройство произрастает из нормального человеческого свойства иметь нежелательные, неприятные мысли. Старательные попытки некоторых людей понять, уничтожить или избежать их ведут к навязчивым мыслям и навязчивым действиям. Многообещающим когнитивно-бихевиористским подходом является тренинг привычности.

Биологические исследователи связали обсессивно-компульсивное расстройство с низкой активностью серотонина и аномальным функционированием коры нижней поверхности лобных долей и хвостатых ядер мозга. Действенным лечением является также применение антидепрессантов, увеличивающих активность серотонина.

Стрессовые расстройства.

Марк вспоминает свою первую перестрелку и первое столкновение с вьетконговцами. За какие-то несколько минут он полностью потерял контроль над мочевым пузырем и опорожнением кишечника. Вот собственные слова Марка: «Я был в панике и буквально наложил в штаны; я обмочился и был весь в дерьме. Боже мой, ад вырвался на землю. Я говорю вам, я был так перепуган, я думал, что не выберусь оттуда живым. Я был убежден в этом. Чарли заставили нас залечь под огнем и вытрясали из нас дерьмо многие часы. Нам пришлось вызывать бомбардировщики».

Во время своего первого боя Марк стал свидетелем ужасных зрелищ. Он видел обезглавленные тела.

«Один парень сказал мне: «Эй, Марк, новичок зеленый, ты видел, как голова слетела с плеч этого болвана. Вот это да, верно?»

Еще в течение двух недель Марку мерещилась голова, слетевшая с плеч его бегущего товарища, обезглавленное тело, сделавшее еще несколько шагов, прежде чем упасть на землю. Марк, которого после этого долго тошнило и рвало, не мог понять, как он еще жив.

«Я не смог выкинуть это зрелище из головы; оно все еще возвращается ко мне в снах, в кошмарах. Снова и снова я буду видеть его летящую голову, безголовое тело, падающее на землю. Я знал этого парня. Он очень хорошо отнесся ко мне, когда я

только появился в подразделении. Другим, казалось, наплевать на меня; а он ввел меня в курс дела. Как будто знал, что я увижу его голову и тело, понимаешь? О, черт!» Первое время боевых действий Марк часто обнаруживал, что плачет. «Я хотел домой. Я был так одинок, беспомощен, действительно перепуган. Но я знал, что не смогу попасть домой, пока не выйдет мой год». (Brende & Parson, 1985, p. 23-24)

Реакция Марка на опыт военных действий является естественной и понятной. Во время или сразу после травмирующей ситуации многие люди становятся высокотревожными и депрессивными. Однако у некоторых тревога и депрессия сохраняются в течение длительного срока после выхода из данной ситуации. Эти люди могут страдать **острым стрессовым расстройством или посттравматическим стрессовым расстройством**, которые возникают как реакция на психологически травматичное событие (Sharan et al., 1996; APA, 1994). Обычно такое событие заключается в серьезном повреждении или угрозе повреждения — для самого человека, получившего психологическую травму, либо для его друга или члена семьи. В отличие от других тревожных расстройств, которые обычно вызываются ситуациями, не кажущимися большинству людей угрожающими, ситуации, вызывающие острое стрессовое расстройство или посттравматическое стрессовое расстройство (такие как сражение, изнасилование, землетрясение, крушение самолета), травматичны для каждого.

Согласно DSM-IV, если симптомы начинаются в течение четырех недель после травматического события и длятся менее месяца, этот паттерн диагностируется как *острое стрессовое расстройство* (APA, 1994). Если симптомы сохраняются и через месяц, ставится диагноз *посттравматическое стрессовое расстройство*. Симптомы посттравматического стрессового расстройства могут появиться либо почти сразу же после травмирующего события, либо через месяцы, а то и годы после него (см.: Диагностическая таблица DSM-IV в Приложении). В некоторых случаях острое стрессовое расстройство переходит в посттравматическое стрессовое расстройство (Koorman et al., 1995). Помимо разницы во времени появления и продолжительности, симптомы двух этих тревожных расстройств почти идентичны (Taylor et al., 1998; Morgan et al., 1996):

1. *Переживание травматического события*: У людей могут быть повторяющиеся воспоминания, мысли, кошмары, касающиеся этого события. Некоторые так живо переживают это событие в мыслях («обратный кадр»), что им кажется: они вернулись в травматическую ситуацию.
2. *Избегание*: Как правило, люди начинают избегать деятельности, напоминающей им о травматическом событии, и пытаются уклоняться от связанных с ним мыслей, чувств и разговоров.
3. *Сниженная чувствительность*: Люди могут чувствовать оторванность от других или потерять интерес к тому, что раньше приносило радость. Они также могут потерять способность переживать такие глубокие чувства, как нежность и сексуальность. У некоторых даже встречаются симптомы *диссоциации*, или психологического отделения; на них находит оцепенение, они испытывают трудности с памятью или переживают чувство ирреальности (ощущение, что все вокруг них является странным или нереальным).
4. *Взросшее возбуждение, тревога и чувство вины*: Люди с этими расстройствами могут чувствовать чрезмерную напряженность, легко пугаются. У них развиваются проблемы со сном и трудности с концентрацией внимания. Они могут испытывать сильное чувство вины, связанное с тем, что они пережили травматическое событие, а другие люди погибли. Некоторые также могут чувствовать себя виновными в том, что им пришлось сделать, чтобы выжить.

Острое стрессовое расстройство — тревожное расстройство, в котором страх и сопутствующие симптомы возникают вскоре после травматического события и длятся меньше месяца.

Посттравматическое стрессовое расстройство — тревожное расстройство, в котором страх и сопутствующие симптомы сохраняются длительное время после травматического события.

Мы видим эти симптомы у ветерана войны во Вьетнаме годы спустя после его возвращения домой:

Я не могу выкинуть эти воспоминания из головы! Образы возвращаются ко мне в ярких деталях, их может вызвать такая ерунда, как стук двери или запах жареного мяса. Прошлой ночью я лег в постель и хорошо спал, что бывает нечасто. А рано утром разразилась гроза. Услышав гром, я мгновенно проснулся, скованный страхом.

Я вернулся во Вьетнам, в зону обстрела, на свой наблюдательный пост. Я был уверен, что следующий залп накроет меня и я умру. Мои руки заледенели, а пот струился по всему телу. Я чувствовал, что каждый волосок у меня на затылке встал дыбом. Я не мог совладать с дыханием, и сердце мое бешено колотилось. Я чувствовал отвратительный запах серы. (Davis, 1992)

Острое или посттравматическое стрессовое расстройство возникает в любом возрасте, даже в детстве, и может мешать личной, семейной, социальной или профессиональной жизни человека (Putnam, 1996; Jordan et al., 1992). Ежегодно около 0,5% населения Соединенных Штатов страдает от одного из этих расстройств; приблизительно 7,8% населения в течение жизни становится жертвой одного из этих расстройств (Kessler et al., 1995; Davidson et al., 1991). Эти расстройства в два раза чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, стрессовое расстройство после серьезной травмы формируется примерно у 20% женщин и только у 8 % мужчин (Kessler et al., 1995).

<Стараясь двигаться вперед. Мемориал павшим во Вьетнаме был открыт в Вашингтоне более чем через десять лет после окончания войны, но тысячи присутствовавших на открытии ветеранов чувствовали острую душевную боль, свидетельствуя, что для многих война и ее психологические последствия еще живы (Watson et al., 1995).>

Причиной возникновения одного из стрессовых расстройств может служить любое травматическое событие, но некоторые из них особенно опасны в этом отношении. Среди наиболее распространенных причин можно назвать военные действия, катастрофы, насилие и жестокое обращение.

<Вопросы для размышления. Какие события в современном обществе могут служить причиной возникновения острого и посттравматического стрессовых расстройств? Как вы считаете: яркие образы, ежедневно наблюдаемые по телевидению, в кино, на видео, делают людей более или менее уязвимыми к формированию подобных расстройств?>

Сцены из современной жизни

Работая со смертью

Одна из наименее приятных работ в нашем обществе — ликвидация следов ужасной катастрофы или убийства. Эта работа должна быть сделана, независимо от того, как она повлияет на людей, ее выполняющих. Обнаружилось, что люди очень по-разному реагируют на такую ответственность.

Когда в 1993 году полиция взяла штурмом ферму секты «Ветвь Давидова» близ Уэйко, в Техасе, в огне погибли восемьдесят три человека. Тридцать один дантист должны были идентифицировать остатки зубов обугленных трупов. Обследование, проведенное впоследствии, выявило, что эти дантисты имели больше симптомов посттравматического стрессового расстройства, чем те, которым не пришлось выполнять эту неприятную задачу (McCarroll et al, 1996).

Вот другой случай: Рэй и Луиза Барнс ведут свое дело под названием «Уборка мест преступления» («Crime Scene Clean-Up»). Их фирма предоставляет правоохранительным органам, погребальным конторам и пережившим трагедию семьям услуги по уборке мест убийств, суицидов и несчастных случаев. Барнсы используют латексные перчатки, швабры, респираторы и другие инструменты для «уничтожения следов человеческого несчастья» (Howe & Nugent, 1996). Рэй Барнс говорит, что его прежняя служба в погребальной конторе и в прозекторской помогла ему подготовиться к этой работе. Не оставаясь равнодушным к ужасным сценам, он создал то, что нужно людям, и теперь дело этой семейной пары процветает.

<Вопросы для размышления. Почему реакция дантистов и семьи Барнс оказалась столь разной? Можно ли со временем «приспособиться» к ужасным ситуациям, или повторяющаяся экспозиция возьмет свое другим способом? Какие еще занятия в нашем обществе могут быть причинами психологических травм?>

Военные действия.

Уже долгое время медики знают, что у многих солдат образуются симптомы тяжелой тревоги и депрессии во время военных действий (Oei, Lim & Hennesy, 1990). Во время гражданской войны в США этот набор симптомов называли «ностальгией», так как считали результатом длительной оторванности от дома. Во время Первой мировой войны его стали называть «военным неврозом», решив, что он является следствием мозговых микрокровоотечений или контузий, вызванных постоянным артиллерийским обстрелом. Во время Второй мировой войны и Корейской войны его стали называть «боевая психическая травма» (Figley, 1978). Тем не менее уже после войны во Вьетнаме клиницисты обнаружили, что у большого числа солдат серьезные симптомы

проявляются и после окончания военных действий.

Сразу после войны во Вьетнаме на психологические проблемы ее ветеранов в основном не обращали внимания, отчасти, возможно, из-за желания нации забыть эту непопулярную войну. Однако в конце 1970-х годов персоналу госпиталей для ветеранов по всем Соединенным Штатам стало ясно, что многие ветераны военных действий во Вьетнаме все еще испытывают связанные с войной психологические проблемы, которые игнорировались при их возникновении или которым не было придано должного значения (Williams, 1983).

Теперь нам известно, что около 29% всех мужчин и женщин, служивших во Вьетнаме, страдали потом острым или посттравматическим стрессовым расстройством, и то время как еще 22% имели некоторые стрессовые симптомы (Weiss et al., 1992). 10% ветеранов этой войны до сих пор еще испытывают заметные посттравматические стрессовые симптомы, включая «обратный кадр», внезапные пробуждения ото сна, ночные кошмары и навязчивые образы и мысли. Результаты обследования ветеранов войны в Персидском заливе были похожими: более трети из них спустя шесть месяцев после окончания военных действий рассказали, что их мучают кошмары и они стали употреблять больше алкоголя, чем ранее (Labbate & Snow, 1992).

Катастрофы.

Острое и посттравматическое стрессовые расстройства могут быть вызваны и катастрофами природного или техногенного характера, как, например, землетрясения, наводнения, ураганы, пожары, крушение самолетов и тяжелые автомобильные аварии. Некоторые исследования показывают, что от 10 до 40% жертв тяжелых дорожно-транспортных происшествий могут получить диагноз посттравматического расстройства в течение полугода после стресса (Blanchard & Hickling, 1997; Brom, Kleber & Hofman, 1993).

Стрессовые реакции были обнаружены у выживших после урагана Эндрю, который подверг опустошению Флориду и соседние с ней области юго-востока Соединенных Штатов (Vernberg et al., 1996; Gelman & Katel, 1993). Спустя месяц после урагана число звонков, полученных по горячей линии телефона доверия в Майами, а также число женщин, обратившихся за защитой в полицию, удвоились (Treaster, 1992). Более того, сотни специалистов по душевному здоровью, обходивших дома вскоре после урагана, сообщили, что столкнулись с экстраординарным числом стрессовых симптомов. Через шесть месяцев после урагана выяснилось, что многие учащиеся младших классов стали жертвами посттравматического стрессового расстройства; симптомы их варьировались от плохого поведения в школе до падения успеваемости и проблем со сном (Vernberg et al., 1996; Gelman & Katel, 1993).

<Травма через поколения. Дети, приходящие в Мемориальный Музей Мира в Хиросиме, с ужасом смотрят на изображения, запечатлевшие боль и разрушение, вызванные взрывом атомной бомбы в 1945 году. Яркие описания ужасных событий могут временами приводить к формированию тревожных расстройств у детей и внуков жертв (Bower, 1996).>

Насилие и жестокое обращение.

Затяжные стрессовые симптомы наблюдались у выживших в фашистских концентрационных лагерях спустя годы после освобождения (Kunch & Cox, 1992; Eitinger, 1973, 1969, 1964). В результате обследования 124 человек, переживших Холокост, 46% из них получили диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» (Kunch & Cox, 1992).

Сегодня распространенной формой насилия в нашем обществе является сексуальное насилие. **Изнасилование** — это насильственное половое сношение или другой сексуальный акт, производимый без согласия человека, или половое сношение с несовершеннолетними. По данным исследований, в Соединенных Штатах более 500 тысяч человек ежегодно становятся жертвами изнасилования (U.S. Dept. Of Justice, 1995). В большинстве случаев насильниками являются мужчины, а жертвами насилия — женщины (U.S. Dept. Of Justice, 1995). По оценке специалистов, от 8 до 25 % всех женщин в какой-то момент их жизни были изнасилованы или стали жертвами другого сексуального насилия (Koss, 1993). Исследования также показывают, что жертвы сексуального насилия, как правило, молоды: 29 % — младше 11 лет, 32 % — от 11 до 17 лет, 29 % — от 18 до 29 лет.

Изнасилование — насильственное половое сношение или иной сексуальный акт, производимый без согласия человека, или половое сношение с несовершеннолетними. Более 80 % жертв были изнасилованы знакомыми или родственниками (U.S. Dept. Of Justice, 1995; Koss, 1992; Youngstrom, 1992). Особый интерес в последние годы

вызывает «изнасилование на свиданиях». Проведенные исследования предполагают, что 15% женщин могли быть без своего согласия принуждены к половому акту знакомыми в школе или в колледже (Koss et al., 1988; Muchlenhard & Linton, 1987). Психологическое воздействие изнасилования на жертву начинается сразу, и может длиться долгое время. Жертвы изнасилования обычно переживают сильные страдания в течение недели после нанесения травмы. Последующие три недели стресс продолжает нарастать, потом около месяца держит пиковый уровень и идет на спад (Koss, 1993). По данным одного обследования, 94% жертв изнасилования получили диагноз «острое стрессовое расстройство» при осмотре через двенадцать дней после травмы (Rothbaum et al., 1992).

<Насилие и посттравматическое стрессовое расстройство. Многие выжившие в фашистских концентрационных лагерях долгие годы пытались восстановить свое психическое здоровье. Поскольку вплоть до последних лет психологам почти ничего не было известно о посттравматическом стрессовом расстройстве, большая часть выживших должна была искать путь к душевному здоровью самостоятельно, без профессиональной помощи.>

Хотя у большинства жертв изнасилования через три-четыре месяца наблюдается психологическое улучшение, некоторые последствия могут сохраняться до восемнадцати месяцев и более. Жертвы, как правило, имеют более высокие, чем в среднем, уровни тревожности, подозрительности, депрессии, низкое самоуважение и сексуальные дисфункции (Moncrieff et al., 1996; Foa & Riggs, 1995; Koss, 1993).

Пролонгированное психологическое воздействие изнасилования показано в следующем описании клинического случая:

Мэри Биллинг, 33-летняя медицинская сестра, разведенная, была направлена за консультацией в Клинику для подвергшихся насилию при психиатрической больнице города Бедфорда старшей медицинской сестрой, под руководством которой работала. Мэри была изнасилована два месяца назад. Насильник проник в ее квартиру, когда она спала, и, проснувшись, она обнаружила его на себе. Он был вооружен ножом и угрожал убить ее и ее ребенка (который спал в соседней комнате), если она не подчинится его требованиям. Преступник заставил Мэри раздеться и несколько раз совершил с ней генитальный акт, что продолжалось более часа. Затем он предупредил жертву, что если она расскажет об этом кому-нибудь или заявит в полицию, то он вернется и совершит насилие над ее ребенком.

Когда насильник ушел, Мэри позвонила своему другу, который сразу же приехал к ней. Он помог ей связаться с отделом сексуальных преступлений департамента полиции, который в настоящее время продолжает расследование. Потом друг отвез Мэри в местную больницу для медицинского освидетельствования и сбора улик для полиции (следы спермы, образцы лобковых волос, образцы тканей из-под ногтей). Ей дали антибиотики для предотвращения венерического заболевания. Затем Мэри вернулась домой с подругой, которая провела с ней остаток ночи.

Следующие несколько недель Мэри боялась оставаться одна и попросила подругу переехать жить к ней. Ее переполняли мысли о том, что с ней произошло, и о том, что это может повториться. Мэри боялась, что насильник может вернуться в ее квартиру, и поэтому поставила дополнительные замки на дверь и окна. Она была так потрясена и испытывала такие трудности с концентрацией внимания, что решила, что еще не может вернуться к работе. Когда же спустя несколько недель Мэри пришла на службу, стало ясно, что она все еще очень расстроена, и старшая медицинская сестра предположила, что ей поможет консультация.

Во время клинического интервью Мэри была логически последовательна и говорила вполне рационально, спокойным голосом. Она рассказала о повторяющихся навязчивых мыслях о сексуальном насилии, которые достигли такой степени, что ее способность к концентрации снизилась и ей стало сложно выполнять работу по дому, например, готовить еду для себя и дочери. Она чувствовала, что не может эффективно выполнять свою работу, все еще боялась выходить из дома, отвечать на телефонные звонки, и ей не хотелось встречаться с друзьями или родственниками.

Мэри говорила, не меняя интонации, и о насилии над собой, и на менее эмоционально заряженные темы, такие как история ее профессиональной деятельности. Она легко пугалась неожиданных звуков. Ей было тяжело засыпать, поскольку ее преследовали мысли об изнасиловании. У нее не было желания что-либо есть, и когда она пыталась, то чувствовала тошноту. Мысли о сексе вызывали у Мэри отвращение, и она утверждала, что теперь долго не будет испытывать желание заниматься сексом, хотя ей хотелось, чтобы ее друг заботился о ней, обнимал ее. (Spitzer et al, 1983, p. 20-21)

У многих жертв изнасилования как результат насилия могут также возникнуть физические проблемы. Некоторые бывают физически травмированы во время насилия, и лишь половина из них получает медицинскую помощь, какая была оказана Мэри (Beebe, 1991; Koss, Woodruff & Koss, 1991). От 4 до 30% жертв заболевают болезнями, передаваемыми половым путем (Koss, 1993; Murphy, 1990), и 5 % беременеют. К тому же национальное исследование выявило, что 60 % изнасилованных не использовали тест на беременность или меры по избежанию ее, и 73 % не получали никакой информации или тестирования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) (National Victims Center, 1992). Жертвы изнасилования и других преступлений более, чем другие женщины, подвержены серьезным долговременным проблемам со здоровьем (Lesserman et al, 1996; Koss & Heslet, 1992).

<Восстановление после травмы. Многие люди со временем преодолевают последствия травматического стресса. На своей встрече эти выжившие в концентрационных лагерях люди гордо демонстрируют вытатуированные идентификационные номера как символы своего триумфа над психологическими травмами.>

<Вопросы для размышления. Жертвы изнасилования нуждаются в медицинской и юридической помощи, чтобы справиться со своей травмой и ее последствиями. Как могут врачи, полиция, судьи и работники других служб лучше удовлетворить потребности жертв насилия?>

По результатам собеседования с 390 женщинами оказалось, что такие потерпевшие имели плохое самочувствие в течение по меньшей мере пяти лет после нападения на них и обращались к врачам в два раза чаще, чем до того. Еще не совсем ясно, почему изнасилование и другие насильственные действия приводят к долговременным проблемам со здоровьем.

Постоянное насилие и жесткое обращение в семье — особенно жестокое обращение с супругами и детьми — также может привести к стрессовым расстройствам (Lemieux & Coe, 1995; McNew & Abell, 1995). Помимо этого, так как насилие этого рода может продолжаться длительное время и нарушать семейные связи и доверие в семье, у многих людей, подвергающихся подобному насилию, формируются также и другие симптомы и расстройства (Kemp et al., 1995; Mathias, Mertin & Murray, 1995).

Наконец, проживание в криминногенном районе может служить причиной длительной травматизации (Kliewer et al., 1998). Исследование, проведенное в одном городском районе, обнаружило, что по меньшей мере 14 % пяти- и шестиклассников становились свидетелями перестрелки и 43% видели ограбление. У этих детей было найдено больше симптомов стресса, чем у других (Martinez & Richters, 1993).

<Психологические заметки. В Соединенных Штатах каждые 16 секунд происходит преступление с насилием, каждые 5 минут — изнасилование, каждые 21 минуту — убийство (Официальный Доклад о Преступлениях, ФБР, 1993).>

Теории формирования стрессовых расстройств.

Конечно, серьезная травма может вызвать стрессовое расстройство. Однако не следует винить в этом одно лишь стрессовое событие. Хотя каждый испытывший сильную травму ощущает на себе ее воздействие, нам еще не вполне известно, почему лишь у некоторых людей развивается расстройство. Исследователи рассматривали биологические процессы у выживших, их детский опыт, личность, поддержку социальных систем и степень тяжести полученной травмы.

Биологические и генетические факторы. Исследователи собрали доказательства того, что травматическое событие вызывает такие изменения в мозге и всем организме, которые могут вести к тяжелым стрессовым реакциям и, в некоторых случаях, к стрессовым расстройствам (Bremner et al., 1997, 1993). Например, они обнаружили аномальную активность медиатора норэпинефрина, а также гормон кортизол в моче и крови солдат, участвовавших в военных действиях, изнасилованных женщин, людей, выживших в концентрационных лагерях или подвергнувшихся иному сильному стрессу (Resnick et al., 1995; Yehuda et al., 1995, 1994, 1992).

Возможно, что люди, чьи биохимические реакции на стресс особенно сильны, более склонны, чем другие, к формированию острого и посттравматического стрессовых расстройств. Но почему у определенных людей возникают такие необычно сильные биологические реакции? Некоторые клиницисты предполагают, что у них имеется врожденная генетическая предрасположенность к этому. Обследование приблизительно 4 тысяч пар близнецов, воевавших во Вьетнаме, выявило, что в случае формирования у одного из близнецов после сражения стрессовых симптомов

однойцевые близнецы более склонны к формированию одних и тех же проблем, нежели разнотцевые близнецы (True et al., 1993). Конечно, опять-таки, более сходные реакции, обнаруженные у однойцевых близнецов, не обязательно демонстрируют влияние генетического фактора: детский опыт близнецов, их личность и поддержка социальных служб могут оказывать большее влияние.

Детский опыт. Недавно целая серия исследований показала, что некоторые события детского возраста, видимо, подвергают людей риску впоследствии заболеть острым и посттравматическим стрессовыми расстройствами. Люди, чье детство было отмечено нищетой, оказываются более подверженными стрессовым расстройствам при столкновении с последующей травмой. В таком же положении находятся люди, родители которых развелись до того, как ребенку исполнилось 10 лет; дети, члены семьи которых страдали психологическими расстройствами, или те, кто в раннем возрасте испытали насилие, жестокое обращение или пережили катастрофу (Putnam, 1996; Astin et al., 1995; Bremner et al., 1993).

<«Следует смотреть вглубь людей так же, как ты смотришь на них». — Ф. Д. С. Честерфилд (1694-1773)>

Личность. Некоторые исследования позволяют предположить, что люди с определенными профилями личности или личностными позициями более подвержены формированию стрессовых расстройств (Kessler et al., 1995; Clark et al., 1994).

Например, последствия урагана Хьюго показали, что дети, имевшие до урагана более высокий уровень тревоги, чем другие, оказались более склонны к формированию тяжелых стрессовых реакций (Lonigan et al., 1994). Подобным же образом люди, имевшие психологические проблемы до изнасилования или борющиеся со стрессовыми жизненными ситуациями, оказываются особенно уязвимыми (Darvres-Bornoz et al., 1995). Такими же оказываются и ветераны войны, до участия в военных действиях имевшие психологические проблемы или плохие взаимоотношения с близкими (Orsillo et al., 1996; Chemtob et al., 1990). Наконец, люди, которые, как правило, рассматривают негативные события в своей жизни как находящиеся вне их контроля, имеют тенденцию к формированию более тяжелых стрессовых симптомов, нежели те, кто чувствует большую власть над событиями своей жизни (Kushner et al., 1992).

Социальная поддержка. Было также обнаружено, что люди, получившие недостаточную социальную поддержку после травматического события, более склонны к формированию стрессового расстройства (Pickens et al., 1995). Жертвы изнасилования, чувствовавшие, что друзья и родственники любят их, заботятся о них, ценят и принимают их, более успешно восстанавливали свое психическое здоровье. Это относится и к тем, у кого система уголовной юстиции поддержала чувство собственного достоинства и самоуважение (Davis, Brickman & Baker, 1991; Sales, Baum & Shore, 1984). И напротив, клинические отчеты предполагают, что недостаточная поддержка социальных систем внесла свою лепту в формирование посттравматического расстройства у некоторых ветеранов войны во Вьетнаме (Figley & Leventman, 1990).

<**Защищенная личность.** В 1989 году землетрясение в Сан-Франциско повергло в ужас и панику миллионы американцев, но некоторые сдержанные люди спокойно пережили его. «Жесткий» стиль поведения, возможно, предохранил их от формирования стрессовых расстройств.>

Тяжесть травмы. Как можно было предположить, тяжесть и природа травматического события также помогают установить, разовьется ли у человека стрессовое расстройство. Некоторые события могут затмить даже влияние счастливого детства, позитивного отношения и социальной поддержки. В одном из исследований участвовали 253 ветерана войны во Вьетнаме, которые пережили там плен (исследование проводилось через пять лет после освобождения). Около 23 % этих людей получили клинический диагноз, хотя все они были кадровыми офицерами Воздушных Сил и до плена признавались психически уравновешенными (Ursano, Boydstun & Wheatley, 1981).

В большинстве случаев, чем тяжелее травма, тем выше вероятность развития стрессового расстройства (Putnam, 1996; Shalev et al., 1996). Например, если рассмотреть военнопленных времен войны во Вьетнаме, наибольший процент имеющих расстройство обнаруживается среди тех людей, которые находились в плену дольше других и с кем обращались с особой жестокостью. Особенно высокому риску формирования стрессовых реакций подвергаются люди, получившие увечья и тяжелые физические травмы, равно как свидетели нанесения другим людям травм и

очевидцы убийства (Putnam, 1996; Kessler et al., 1995). Как сказал человек, выживший в катастрофе: «Тяжело быть оставшимся в живых» (Kolff & Doan, 1985, p. 45).

Методы терапии стрессовых расстройств.

Методы терапии для людей, страдающих стрессовым расстройством, могут широко варьироваться. Одно исследование установило, что посттравматическое стрессовое расстройство длится в среднем три года при прохождении человеком терапии и пять с половиной лет — при отсутствии лечения (Kessler et al., 1995). Детали ныне существующих терапевтических программ для людей, выживших в травматических ситуациях, меняются от одного случая к другому. Но все программы придерживаются сходных основных целей: они стараются помочь оставшимся в живых избавиться от затянувшихся симптомов, разобраться в своем травматическом опыте и вернуться к нормальной жизни. Программы для ветеранов войны, страдающих посттравматическим расстройством, показывают, как можно браться за разрешение этих вопросов.

<Психологические заметки. Майор Роберт Клод был одним из пилотов, сбросивших бомбы на Хиросиму и Нагасаки в 1945 году. В последующие годы он стал считать себя лично ответственным за ядерное опустошение этих городов, совершил две попытки самоубийства и несколько раз госпитализировался в связи с психологическими проблемами (Hirsch et al., 1974).>

Методы терапии для ветеранов войны. Терапевты использовали разнообразные техники для снижения посттравматических симптомов у ветеранов военных действий. Среди наиболее распространенных указываются: медикаментозная терапия, методики погружения, инсайт-терапия, семейная терапия и групповая терапия. Как правило, эти подходы применяются в сочетании друг с другом, так как по отдельности ни один из них не снимает все симптомы (Boudewins, 1996).

Успокоительные средства снижают напряжение и повышенную нервозность, которыми страдают многие ветераны (Marmar et al., 1993; Braun et al., 1990). Антидепрессанты иногда снижают частоту ночных кошмаров, «обратных кадров», нежелательных воспоминаний и ощущения депрессии (Mirabella, Frueh & Fossey, 1995; Marmar et al., 1993).

Поведенческие техники погружения также способствуют снижению специфических симптомов и часто ведут к увеличению адаптивности (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Woodward et al., 1997). Наводнение и тренинг релаксации помогли 31-летнему ветерану избавиться от пугающих «обратных кадров» и ночных кошмаров (Fairbank & Keane, 1982). Сначала терапевт помог ветерану установить, какие именно сцены боев он вспоминает особенно часто. Затем терапевт помог пациенту представить одну из этих сцен во всех деталях и попросил его удерживать этот образ, пока тревога не исчезнет. После каждого такого «упражнения наводнения» терапевт переключал пациента на позитивный образ и сопровождал это упражнениями на релаксацию. Хотя медикаментозная терапия и техники погружения приносят некоторое облегчение, большая часть клиницистов убеждена в том, что одни лишь эти подходы не могут помочь ветеранам полностью излечиться от посттравматического стрессового расстройства: эти люди должны также прийти к пониманию своих впечатлений от военных действий и к пониманию того, какое воздействие продолжают оказывать на них эти впечатления (Marmar et al., 1993). Поэтому терапевты часто помогают пациентам высказать свои глубинные чувства, принять то, что они сделали и пережили, меньше осуждать себя и научиться вновь доверять людям.

Иногда попытки выразить чувства и прийти к осознанию (инсайту) используются в супружеской или семейной терапии (Glynn et al., 1995; Johnson, Feldman & Lubin, 1995). Действительно, симптомы посттравматического стрессового расстройства имеют тенденцию быть особенно явными для членов семьи, на которых могут прямо сказываться тревожные реакции, депрессивное настроение или вспышки гнева. С помощью и поддержкой членов семьи люди могут распознать чувства, которые они пытаются разрешить, увидеть их воздействие на других, научиться лучше понимать других и решать свои проблемы.

Ветераны могут также делиться переживаниями и чувствами, приходить к пониманию своего опыта, оказывать поддержку друг другу в дискуссионных группах. Многие находят, что при этой форме терапии проще оживлять в памяти события и сталкиваться с чувствами, которых годами пытались избегать (Sipprelle, 1992; Rozytko & Dondershine, 1991). Одна из основных проблем, с которой сталкиваются дискуссионные тематические группы, — это чувство вины за то, что пришлось сделать

членам группы, чтобы выжить, или даже за тот факт, что они выжили, в то время как их друзья погибли. Когда ветераны становятся способны открыто говорить о своих переживаниях, связанных с войной, и о чувстве вины, они начинают освобождаться от них и расценивать свою ответственность за прошлые события более объективно (Lifton, 1973). Дискуссионные группы могут также сфокусировать внимание на ярости, которую испытывают многие ветераны войны во Вьетнаме. Они до сих пор глубоко разгневаны тем, что им пришлось сражаться, защищая чьи-то сомнительные интересы, пережить во Вьетнаме ужасную бойню и, вернувшись домой, встретить неприязненное отношение со стороны общества.

Дискуссионная группа — группа, собирающаяся для того, чтобы помочь участникам говорить о своих проблемах и решать их в атмосфере взаимной поддержки.

На сегодняшний день сотни небольших Центров помощи ветеранам по всей стране, так же как и многочисленные терапевтические программы в госпиталях для ветеранов, специализируются на дискуссионной терапии. Эти организации предлагают также индивидуальную терапию, консультации для супругов и детей пострадавших ветеранов, семейную терапию и помощь в поиске работы, получении образования и пособий (Brende & Parson, 1985; Blank, 1982).

Поскольку большая часть Центров помощи ветеранам существует относительно короткое время, их эффективность еще не изучена (Funari, Piekarski & Sherwood, 1991). Пока что клинические доклады и исследования предполагают, что Центры предлагают важные терапевтические возможности, иногда спасающие человеку жизнь. Поиски Джулиусом помощи по его возвращении из Вьетнама, к сожалению, являются тяжелым испытанием, которое разделили с ним многие ветераны:

Когда я вернулся из Вьетнама, я знал, что мне требуется психотерапия или что-то вроде того. Я был уверен, что если не получу помощи, то могу совершить самоубийство или убить кого-нибудь... Я отправился к врачу: тот едва взглянул на меня. Я почувствовал, что он «видит меня насквозь» и знает все о моей болезни. Для него я был «больным». Он продолжал задавать мне идиотские вопросы о том, сколько детей я убил, и чувствую ли я вину и депрессию по поводу этого.

Он спросил, как это — убивать людей. Он также спрашивал меня о моих братьях и сестрах. Но он ни разу не спросил меня, какими были мои переживания во Вьетнаме. Ни разу. Я приходил к нему за терапией около месяца — где-то три визита, но мы расстались, поскольку не добились никакого успеха... Он просто давал мне все больше и больше лекарств. Я мог бы уже открыть свою аптеку. Мне нужен был кто-нибудь, с кем я мог бы поговорить о своих проблемах, о своих настоящих проблемах, а не об этом дерьме насчет моего детства. Мне требовался человек, который захотел бы помочь. Потом клиника отправила меня к другому психиатру... Я думаю, ей казалось, что она была честной со мной, сказав, что она не ветеран войны, не была во Вьетнаме и не знает, что такое со мной творится. Она также сказала, что у нее нет опыта работы с ветеранами войны во Вьетнаме и что мне следует обратиться в госпитали, предлагающие программы терапевтической помощи ветеранам...

Только три года назад, когда моя жена сделала телефонный звонок в местный Центр помощи ветеранам, у меня появилась надежда, что мне могут помочь. Я получил помощь, в которой так нуждался. Я обнаружил, что довольно просто удержаться на работе и заботиться о своей семье. Мои ночные кошмары стали не такими ужасными и повторяются не так часто, как ранее. Все теперь стало гораздо лучше: я учусь доверять людям и отдавать больше своей жене и детям. (Brende & Parson, 1985, p. 206-208)

Общественная терапия: социокультурная модель в действии. Методы терапии, разработанные для участников военных действий, могут помочь людям, пострадавшим от катастроф, насилия или ставших жертвами несчастных случаев. Кроме того, поскольку травматические события, задевшие их, произошли там же, где находятся и источники душевного здоровья, рядом, этим людям может помочь немедленное вмешательство общества. К нему относится стремительно разворачивающаяся общественная помощь, предлагаемая теперь специалистами по душевному здоровью жертвам крупномасштабных катастроф по всем Соединенным Штатам.

В 1991 году Американская Ассоциация Психологов и Американский Красный Крест создали **Сеть Реагирования в случаях катастроф** (DRN) для обеспечения немедленной психологической помощи после катастрофы. В Сеть входят более чем 2 500 добровольцев-психологов, организующих бесплатные службы скорой психологической помощи на местах катастроф по всей Северной Америке (Peterson,

1996). Они мобилизовались для реагирования на такие катастрофы, как опустошительное наводнение на Среднем Западе в 1993 году, ураган Эндрю в 1992 году, землетрясения в Южной Калифорнии, террористический акт в Оклахома-Сити, уличные беспорядки в Лос-Анджелесе, террористический акт во Всемирном Торговом Центре в Нью-Йорке, взрыв самолета компании TWA, выполнявшего рейс №800, и перестрелки в ряде офисов.

<Разделяя чувства и воспоминания, полные боли. Дискуссионные группы помогли многим ветеранам Вьетнамской войны преодолеть тревогу, депрессию, проблемы со сном и «обратные кадры», которые продолжались у них долгие годы после окончания войны.>

Традиционные долговременные службы психологического здоровья часто неприемлемы, недоступны после катастроф, или люди не стремятся обращаться к ним. Многие пострадавшие в катастрофах на самом деле даже не распознают, в какой степени повлияло на них произошедшее бедствие (Michaelson, 1993).

Кратковременное общественное вмешательство, осуществляемое Сетью Реагирования, отвечает действительным потребностям (Joiner & Swenson, 1993). Люди, живущие в нищете, особенно нуждаются в помощи общественных систем. Очевидно, что они, оставшись в живых после катастрофы, испытывают большие психологические трудности, чем пострадавшие, имеющие более высокий уровень доходов (Gibbs, 1989). Они не могут позволить себе частную консультацию, и менее осведомлены о том, куда обращаться за ней.

Первоочередной целью специалистов по психологическому здоровью является по возможности быстрая помощь пострадавшим в удовлетворении их основных жизненных потребностей. Например, во время наводнения на Среднем Западе в 1993 году специалисты работали в приютах и центрах помощи, сопровождали машины Красного Креста, доставляя пищу и воду вместе с психологическими услугами. Некоторые консультанты помогали жертвам наводнения насыпать мешки с песком для предохранения домов от дальнейшего разрушения. Консультанты использовали эти ранние контакты еще и как возможность определить, какие жертвы наиболее нуждаются в психологической помощи.

Сеть Реагирования в случаях катастроф — сеть, созданная из тысяч добровольцев-специалистов по душевному здоровью, мобилизующихся для обеспечения бесплатной скорой психологической помощи на местах катастроф по всей Северной Америке.

Однажды войдя в Сеть Реагирования, добровольцы — специалисты по психическому здоровью — могут непосредственно помогать выжившим справиться со своими психологическими трудностями. Они часто используют подход, состоящий из четырех ступеней (Michaelson, 1993):

1. **Нормализация реакций людей на катастрофу.** Консультанты предоставляют людям сведения о симптомах, которые могут у них возникнуть: например, проблемы со сном, трудности с концентрацией внимания или ощущение горя. По существу, людям дается разрешение иметь эти симптомы; им говорится, что это нормальные реакции на катастрофу.

<Помощь пострадавшим. После урагана Эндрю мать вынуждена мыть своего новорожденного младенца водой из канистры, в то время как семья расположилась в палатке с видом на свой бывший дом. Специалисты из Сети Реагирования сначала помогают этим людям удовлетворить основные жизненные потребности, а затем предлагают психологические консультации.>

2. **Поощрение выражения тревоги, гнева и других отрицательных эмоций.** Чтобы снизить тревогу, гнев и фрустрацию, часто испытываемые выжившими после катастрофы, консультанты помогают им выговориться о своих переживаниях и чувствах.

3. **Обучение навыкам самопомощи.** Общественные специалисты помогают выжившим формировать такие навыки самопомощи, как умение справляться со стрессом.

4. **Обеспечение помощи.** В конце концов добровольцы могут направлять выживших к другим специалистам, которые способны обеспечить долговременную консультацию (Sleek, 1997). Доказано, что от 15 до 25 % выживших в катастрофах нуждаются в специальной помощи.

Добровольцы, принимающие участие в работе Сети Реагирования, могут сами быть задеты травмами, свидетелями которых становятся, например, во время волнений в Лос-Анджелесе основной обязанностью консультантов было следующее: они помогали сотрудникам Красного Креста выражать и принимать их собственные чувства, а также

учили их распознавать стрессовые расстройства у пострадавших, чтобы направлять нуждающихся за терапией. Многие специалисты по душевному здоровью, которые жили в районе беспорядков, сами нуждались в консультации, поскольку тоже являлись пострадавшими. Двойственная роль, в которой они оказались, затрудняла их осознание собственных переживаний.

Очевидно, что вмешательство на общественном уровне является очень ценным после катастрофы. Как ни печально, наш мир, похоже, обеспечивает постоянно возрастающее число возможностей для подобного вмешательства. Сразу после взрыва самолета компании TWA, выполнявшего рейс №800 в июле 1996 года, потребовалось около 500 специалистов по душевному здоровью для психологической помощи членам семей, летному составу, спасательной команде и другим людям, затронутым катастрофой (Serpa, 1996).

Крупным планом

Жестокое обращение с супругами: насилие в семье

Руфь: Он говорил мне, что никогда не позволит мне уйти. Он сказал, что он женился на мне и, любит он меня или нет, люблю я его или нет, я останусь с ним, и если я пыталась уйти от него, он готов убить меня — сразу же. Он был как вода, точащая камень, пока я не раскололась на части. Хотя я никогда не знала, что именно он сделает, я знала, что он способен к насилию. Однажды он сломал мне руку и размахивал ею, играя с ней и говоря, что рука не сломана. (Jones & Schechter, 1992). Диана: Быть замужем за этим человеком все равно что быть военнопленной. Мне не разрешалось навестить моих родных. Я не могла одна выйти из дома. Он даже не разрешал мне плакать. Если же я плакала, начиналась «сцена». (Time, September 5, 1983, p. 23)

Как показывают эти случаи, супружеская жестокость, физическое насилие или дурное обращение одного супруга с другим может принимать различные формы, от вторжения в личную жизнь до избиения (Sadock, 1989). 93% супругов, подвергавшихся насилию, — женщины (National Crime Victimization Survey, 1993). Установлено, что жестокое обращение с супругами ежегодно случается как минимум в 4 миллионах семей в Соединенных Штатах и около трети всех женщин в Соединенных Штатах по крайней мере однажды испытывали жестокость со стороны супруга (AMA, 1992). Это касается всех рас, религий, уровней образования и социально-экономических групп (U.S. Dept. Of Justice, 1995; Mollerstrom, Patchner & Milner, 1992). Руководитель департамента здравоохранения США утверждает, что жестокое обращение супругов является наиболее распространенной причиной травм, полученных женщинами в возрасте от 15 до 44 лет.

Многие годы такое поведение рассматривалось как личное дело супругов; вплоть до 1874 года в Соединенных Штатах муж имел законное право бить свою жену. Но даже после этого жестокость супруга наказывалась редко. Полиция с большой неохотой предпринимала какие-либо иные действия, кроме направленных на сокрытие случаев насилия в семье, а судьи нечасто обвиняли совершивших насилие.

Благодаря движению за гражданские права в 1970-х годах и усилиям женских организаций, законодательные собрания штатов недавно приняли законы, уполномочивающие судей наказывать совершивших насилие и защищать жертв насилия. Полиция, в свою очередь, проявляет теперь большую активность в таких случаях. Около половины департаментов полиции Соединенных Штатов имеют теперь специальные отделы, занимающиеся случаями жестокого отношения к супругам (LEMAS, 1990), и в двадцати пяти штатах принят закон, требующий от полиции, прибывшей на место вызова, проведения ареста. Однако аресты не обязательно ведут к обвинению, и обвинение не всегда приводит к такому приговору, который может предотвратить дальнейшее насилие.

Люди, совершающие насилие

Клиницисты обнаружили, что многие мужья, жестоко обращающиеся с супругами, имеют потребность контролировать своих жен, но в то же время эмоционально зависят от них и боятся их потерять (Murphy et al., 1994). Многие из этих мужчин считают жен своей личной собственностью и становятся особенно буйными, когда те демонстрируют свою независимость. Некоторые становятся более жестокими, когда жены поддерживают знакомства вне дома, пытаются работать вне дома и даже когда первым делом уделяют внимание ребенку, а не супругу. Мужья могут также принижать и изолировать своих жен, заставляя их чувствовать себя глупыми, никчемными и зависимыми от супруга.

«Фаза медового месяца», похоже, распространена во многих семьях с жестоким

обращением супругов (Walker, 1984, 1979). Время от времени муж, поняв, что последний инцидент с насилием может вынудить жену покинуть его, обращается с ней со всей добротой, выказывая сожаление о содеянном, и обещает, что насилие больше никогда не повторится (Jones & Schechter, 1992). К сожалению, в большинстве случаев насилие совершается вновь, и жестокость может раз за разом нарастать. Многие люди, совершающие насилие над своими супругами, имеют зависимость от алкоголя или наркотиков (Mollerstrom et al., 1992; Saunders, 1992). Но и эта зависимость обычно не является основной причиной насилия, и лечение одной только алкогольной или наркотической зависимости лишь изредка останавливает жестокое обращение с супругами (ADVTP, 1996; Jones & Schechter, 1992). Многие люди, совершающие насилие, в детстве сами подвергались побоям или видели, как избивают их мать (Peterson, 1996; Saunders, 1992). Часто они имеют низкую самооценку и, как правило, чувствуют себя находящимися в состоянии стресса и разочарованы в жизни (Russel & Hulson, 1992).

Жертвы насилия

В результате физического насилия, угроз и запугивания жертва насилия обычно чувствует себя в большой степени зависимой от своего мужа и неспособной к самостоятельным действиям. Это чувство зависимости и ощущение, что она не в силах изменить сложившуюся ситуацию, обычно заставляет женщину поддерживать отношения с мужем, несмотря на явную физическую угрозу. Такие женщины не являются склонными к мазохизму, как считали когда-то многие клиницисты (Walker, 1984; Finkelhor et al., 1983). На самом деле 80 % из них пытались действиями или словами уберечь себя от насилия — такая же доля женщин поступала подобным образом при нападении незнакомца (U.S. Dept. Of Justice, 1994). Многие жертвы насилия остаются со своими мужьями по экономическим причинам. Исследования показывают, что уровень благосостояния женщин обычно серьезно снижается после развода (Glazer, 1993; Heise & Chapman, 1990). Другие остаются из боязни того, что сделают мужа в случае их ухода. Этот страх часто оправдан: насилие над жертвами увеличивается на 75%, когда те пытаются разорвать взаимоотношения (Hart, 1993; U.S. Dept. Of Justice, 1992). Исследования показали, что половина всех женщин, погибших от руки мужа, были убиты после того, как ушли из дома (Hart, 1993). Жертвы супружеской жестокости могут обоснованно бояться рассказать о насилии над собой и попросить помощи (U.S. Dept. Of Justice, 1994). Около 50 % жертв супружеской жестокости выросли в домах, где подвергались насилию их матери, а большая часть вышла из семей, где женские и мужские роли следуют старым стереотипам. Многие жертвы имеют очень низкую самооценку, отчасти из-за постоянного жестокого обращения (Cornell & Gelles, 1983). Они часто винят за насилие самих себя и соглашаются с мужьями, когда те обвиняют их в том, что они явились причиной совершенной жестокости. Как правило, до свадьбы супружеская жестокость не проявляется.

Методы терапии в случаях супружеской жестокости

Клиницисты предлагали семейную терапию в качестве метода лечения при жестоком обращении супругов, но вскоре поняли, что пока женщина продолжает подвергаться насилию в семье, это вмешательство является бессмысленным.

На самом деле одна лишь семейная терапия иногда даже повышает риск серьезных травм или смерти (ADVTP, 1996; Jones & Schechter, 1992).

Теперь предлагаемая терапия имеет три ступени: (1) обеспечение женщине безопасного места для проживания отдельно от мужа, склонного к насилию; (2) проведение консультаций для жертвы, чтобы помочь ей разобраться в ситуации, увидеть возможность выбора и сформировать более позитивное представление о самой себе; и (3) консультация для супруга, чтобы помочь ему лучше справляться с собой, сформировать приемлемое отношение к своей жене и выработать надлежащие способы выражения гнева (Saunders, 1982; Ganley, 1981). Для обеспечения такой помощи были введены многие общественные программы — «горячие линии», «экстренные» приюты или «дома безопасности» для женщин, а также общественные организации и группы самопомощи (самообразования), оказывающие поддержку женщинам, подвергающимся насилию, и предлагающие обучение по данной проблеме (Page, 1996; Sullivan et al., 1992). В Соединенных Штатах существует около 1 500 приютов для женщин, страдающих от жестокости супруга (Schneider, 1990). В некоторых районах свою роль играет также система юстиции, которая требует, чтобы арестованные супруги, совершившие жестокость, проходили программу для людей, склонных к насилию, в качестве альтернативы тюремному заключению.

Хотя был достигнут большой прогресс, жестокое обращение с супругами остается сложной и малопонятной проблемой. Как бы то ни было, тот факт, что теперь разработаны терапевтические программы, является важным событием и для жертв насилия, и для нашего общества, и большинство клиницистов считает, что многие из этих программ находятся на верном пути.

Резюме

Люди с острым стрессовым расстройством или с посттравматическим стрессовым расстройством проявляют тревогу и связанные с ней симптомы после травматического события. Симптомы острого стрессового расстройства проявляются вскоре после травмы и длятся менее месяца. Симптомы посттравматического стрессового расстройства могут начаться в любое время (даже через годы) после травмы и продолжаться месяцы или годы.

В попытках объяснить, почему у некоторых людей формируется стрессовое расстройство, а у других — нет, исследователи обращали внимание на биологические факторы, опыт детства, личностные различия, поддержку общества и тяжесть травматического события.

<Бедя задевает каждого. Пожарный держит на руках годовалого Бэйли Алмона, ребенка, убитого во время теракта в Оклахома-Сити. Эта обошедшая все средства массовой информации фотография напоминает нам, что сами спасатели подвергаются воздействию чрезвычайного стресса и травм во время катастроф (Bryant & Harvey, 1995).>

В число техник, применяемых для лечения стрессовых расстройств, входят медикаментозная терапия и бихевиористские техники погружения. Клиницисты также могут использовать инсайт-терапию, семейную терапию и групповую терапию (включающую дискуссионные группы для ветеранов военных действий), чтобы помочь пострадавшим прийти к пониманию произошедшего с ними и увидеть перспективы. Общественная терапия, подобная предлагаемой Сетью Реагирования в случае катастроф, тоже может быть очень полезной после широкомасштабных катастроф.

Подводя итоги.

Паническое, обсессивно-компульсивное и стрессовые расстройства в последнее десятилетие подверглись интенсивному изучению. Уроки, которые могут быть получены из истории этих расстройств, относятся не только к самим расстройствам, но и к изучению и методам терапии психологической патологии в целом.

Во-первых, усилия были вознаграждены. Многие годы казалось, что исследование и методы терапии панического расстройства и обсессивно-компульсивного расстройства не сдвигаются с мертвой точки. Теории формирования этих расстройств выдвинули несколько догадок, и клинические методы лечения немного изменились. Недавние работы в биологической, когнитивной и поведенческой сферах перевернули все сложившиеся представления о данных расстройствах. На нынешний день изучение этих проблем является достаточно успешным, теории их формирования бурно развиваются, а методы терапии — высокоэффективны.

Вторым уроком является то, что инсайты и техники из различных моделей не только *могут* сочетаться, но и *должны* использоваться в сочетании друг с другом для большей ясности и эффективности. С принятием модели взаимного влияния этих расстройств клиницисты получили возможность разрабатывать более информативные и полезные теории формирования и методы терапии. Например, когнитивная теория формирования панического расстройства построена непосредственно на биологическом предположении, что это расстройство начинается с необычных физиологических ощущений.

Кроме того, обнаружено, что терапия зачастую является более эффективной, когда лекарственные средства используются в сочетании с когнитивными техниками для терапии панического расстройства и с бихевиористскими техниками для терапии обсессивно-компульсивного расстройства. Для миллионов людей, страдающих этими тревожными расстройствами, такой интегративный подход имеет исключительную важность.

Наконец, из последних работ по этим расстройствам следует вывод, что стоит быть более осторожными. Когда проблема хорошо изучена, исследователям и клиницистам свойственно делать заявления и выводы, которые могут быть слишком самоуверенными. Возьмем посттравматическое стрессовое расстройство. Поскольку

его симптомы полиморфны, а травматичными могут быть признаны множество событий, и это расстройство привлекло к себе значительное внимание общественности, то теперь слишком многие люди получают данный диагноз. Другая сторона этой же проблемы проявляется в недостатке внимания к гиперактивности, подавленным воспоминаниям о жестоком обращении в детстве и к множественному расстройству личности. Грань, разделяющая просвещение и избыток энтузиазма, зачастую практически неуловима.

Ключевые термины

Приступ паники
Паническое расстройство
Паническое расстройство с агорафобией
Антидепрессанты
Норэпинефрин
Голубоватоватое пятно
Альпразолам
Тревожная чувствительность
Биологический тест
Навязчивые идеи
Навязчивые действия
Обсессивно-компульсивное расстройство
Навязчивые ритуалы
Навязчивые очищающие действия
Навязчивые проверочные действия
Навязчивое дотрагивание
Вербальные ритуалы
Навязчивый счет
Изоляция
Аннулирование
Реактивное образование
Анальная стадия
Агрессивные импульсы ид
Погружение (экспозиция) и предотвращение ответных действий
Нейтрализация
Тренинг адаптации
Серотонин
Кломипрамин
Флуоксетин
Кора нижней поверхности лобных долей
Хвостатые ядра
Базальные ганглии
Таламус
Острое стрессовое расстройство
Посттравматическое стрессовое расстройство
Диссоциация
Изнасилование
Дискуссионная группа
Центр помощи ветеранам
Сеть Реагирования в случаях катастроф (DRN)

Контрольные вопросы

1. Какие биологические факторы способствуют формированию панического расстройства и какие биологические подходы успешно справляются с этим расстройством?
2. Как сторонники когнитивной теории объясняют формирование панического расстройства и какие методы его терапии они предлагают?
3. Что такое биологические тесты и как они используются исследователями и терапевтами?
4. Опишите различные типы навязчивых идей и навязчивых действий.
5. Какие защитные механизмы считаются сторонниками психодинамической теории наиболее распространенными при обсессивно-компульсивном расстройстве?
6. Как процессы нормального мышления и «нейтрализация» должны сочетаться для формирования обсессивно-компульсивного расстройства? Какую научную поддержку получила когнитивная теория формирования обсессивно-компульсивного

расстройства?

7. Какие биологические факторы были связаны с обсессивно-компульсивным расстройством?

8. Опишите бихевиористские методы терапии (погружение (экспозиция) и предотвращение ответных действий) и биологические методы терапии (терапия антидепрессантами). Сравните их эффективность для лечения обсессивно-компульсивного расстройства.

9. Какие факторы влияют на развитие у человека стрессового расстройства после травматического события?

10. Какие терапевтические подходы использовались для людей, страдающих стрессовыми расстройствами?

Глава 6. Расстройства настроения.

На протяжении... 6 месяцев раздражительность [Беатрис] была на грани разумного. Она рыдала от отчаяния или гневалась при виде каждой грязной тарелки, оставленной на кофейном столике или на полу спальни. Каждый день необходимость составить обеденное меню вызывала у нее мучительную нерешительность. Мыслимо ли учесть все достоинства или, скорее, недостатки гамбургеров, точно соотнести их с качествами спагетти?. Из-за нее всем членам семьи приходилось выверять каждый свой шаг. Ей казалось, что всем будет лучше, если она умрет.

Беатрис больше не могла справляться со своими служебными обязанностями. Работая заведующей отделом крупного универсама, она должна была принимать множество решений. Не в состоянии сделать это сама, она обращалась за советом к своим подчиненным, которые были куда менее компетентны, чем она сама, а затем не могла решить, к чьему совету прислушаться...

Муж Беатрис... полагал, что ее состояние улучшится, если он облегчит ее жизнь, взяв на себя больше обязанностей по дому, приготовлению пищи и уходу за детьми. Но его попытка помочь привела лишь к тому, что Беатрис стала испытывать еще более сильное чувство вины и собственной несостоятельности. Она хотела вносить собственный вклад в жизнь семьи. Она хотела выполнять повседневную домашнюю работу, «как делают это все нормальные люди», но начинала плакать при появлении малейших препятствий, не позволявших довести до совершенства дело, за которое она бралась... Шли месяцы, и проблема Беатрис становилась все более серьезной. Иногда она бывала так расстроена, что не могла идти на работу. Она перестала видеться с подругами. Большую часть времени Беатрис проводила дома, то крича, то захлебываясь слезами. (Lickey & Gordon, 1991, p. 181)

У большинства людей настроение то поднимается, то понижается. Их чувства радости или печали являются объяснимыми реакциями на повседневные события и не оказывают большого влияния на их жизнь. У людей же, страдающих расстройствами настроения, оно обычно сохраняется неизменным на протяжении длительного периода времени. В результате, подобно случаю с Беатрис, настроение начинает накладывать свой отпечаток на все контакты людей с миром и не позволяет им нормально функционировать.

Основными аффектами при расстройствах настроения являются депрессия и мания.

Депрессия — это подавленное, тоскливое состояние, при котором жизнь кажется мрачной, а ее трудности — непреодолимыми. **Мания**, прямая противоположность депрессии, — это состояние эйфории или, по крайней мере, безудержной активности, при котором люди могут преувеличивать свои возможности, полагая, что мир находится в их полном распоряжении. Большинство людей с расстройством настроения страдают только от депрессии — синдром, называемый монополярной депрессией. У них не бывает маниакальных состояний, и когда депрессия проходит, к ним возвращается нормальное или почти нормальное настроение. У других людей отмечаются периоды мании, чередующиеся с периодами депрессии, — синдром, называемый биполярным аффективным расстройством.

Депрессия — подавленное состояние, характеризующееся тоской, упадком сил, крайне низкой самооценкой, чувством вины или родственными симптомами.

Мания — длительное или кратковременное состояние эйфории или безудержной

активности, при котором люди могут преувеличивать свои возможности, полагая, что мир находится в их полном распоряжении.

< **Тайная война Линкольна.** В 1841 году Авраам Линкольн писал своему другу: «Сейчас я самый несчастный человек среди живущих. Если те чувства, которые я испытываю, разделить поровну среди всех людей, на земле не будет ни одного радостного лица».>

Монополярная депрессия — депрессия без маниакальных состояний.

Биполярное (аффективное) расстройство — расстройство, характеризующееся чередующимися или смешанными периодами мании и депрессии.

Расстройства настроения всегда интересовали людей, в частности потому, что ими страдали многие великие люди. В Библии говорится о тяжелых депрессивных состояниях Навуходоносора, Саула и Моисея. По-видимому, периодические депрессии случались у английской королевы Виктории и Авраама Линкольна. Депрессия, а иногда и мания преследовали таких писателей, как Эрнест Хемингуэй, Вирджиния Вулф и Сильвия Плат (Andreassen, 1980). Проблемы, возникавшие у них с настроением, разделяют миллионы людей, и сопряженные с этими проблемами экономические расходы (потери рабочего времени, лечение, госпитализация) ежегодно составляют более 40 млрд. долларов (Simon & Katzelnick, 1997; Rupp, 1995). И, разумеется, просто невозможно измерить человеческие страдания, вызываемые расстройствами настроения.

Сцены из современной жизни

Счастье: состояние более распространенное, чем мы думаем

Издавна считалось, что депрессию можно предотвратить, если человек испытывает общее ощущение счастья. Если люди наслаждаются жизнью и чувствуют себя бодрыми и жизнерадостными, возможно, они не станут столь покорной жертвой негативных мыслей, личных утрат, социального стресса или биологических факторов, которые и характеризуют депрессию. Но так ли много людей по-настоящему счастливы, а если все-таки счастливы, то отчего? Судя по содержанию вечерних информационных программ и обилию книг по самопомощи, можно подумать, что счастье — явление очень редкое. По-видимому, даже психологов больше интересуют душевные переживания, а не ощущение счастья.

Но есть и хорошие новости. Исследования показывают, что жизнь приносит большинству людей больше радостей, чем мы полагаем. Фактически, большинство людей в мире утверждают, что они счастливы — включая значительную часть тех, кто беден, не имеет работы, стар и является инвалидом (Myers & Diener, 1996). Свыше 90% людей, страдающих параличом всех конечностей, говорят, что им нравится жить, а люди с травмами позвоночника, в целом, чувствуют себя лишь несколько менее счастливыми, чем остальные (Diener & Diener, 1996; Brickman, Coates & Janoff-Bulman, 1978). Мужчины и женщины одинаково часто заявляют о том, что они удовлетворены жизнью или очень счастливы. Даже представители поколения X (родившиеся в 1961-81 гг. — *Прим. перев.*) не так огорчены своей судьбой, как это может показаться. Подтверждает себя и старинная поговорка: «За деньги счастья не купишь».

Состоятельные люди, по-видимому, лишь ненамного счастливее тех, кто имеет скромные доходы (Diener et al., 1993). В целом, только один человек из десяти сообщает, что он «не слишком счастлив» (Diener & Diener, 1996; Myers & Diener, 1996).

Хотя люди испытывают ощущения счастья не каждый день, большинство, по-видимому, способно легко переносить неудачи. Кроме того, похоже, что счастливые люди остаются счастливыми на протяжении десятилетий, несмотря на смену работы, переезды и изменения в семье (Myers & Diener, 1996). Некоторые исследования свидетельствуют, что жизненные события влияют на ощущение счастья лишь на протяжении короткого отрезка времени (Suh, Diener & Fujita, 1996). Счастливые люди приспосабливаются к негативным событиям и через несколько месяцев возвращаются к своему обычному жизнерадостному состоянию (Diener et al., 1992; Costa et al., 1987). И наоборот, у несчастных людей неспособны вызвать чувство радости даже позитивные события.

Если пол, раса, доход и события жизни лишь в незначительной степени влияют на долговременное ощущение счастья, отчего же тогда такое большое количество людей бодр и веселы? Ряд исследований показывает, что ощущение счастья зависит от личностных характеристик и отношения людей к происходящему. Счастливые люди, как правило, являются оптимистами и экстравертами и обычно имеют несколько близких друзей (Myers & Diener, 1995; Diener et al., 1992). Кроме того, счастливые

люди имеют высокую самооценку и считают, что они контролируют свою жизнь. Некоторые исследователи полагают, что у людей имеется некая «фиксированная точка счастья», к которой они раз за разом возвращаются, несмотря на все превратности судьбы. Ученые, осуществившие исследование 2300 близнецов, предположили, что ощущение счастья у человека на 50% связано с генетическими факторами (Lykken & Tellegen, 1996).

Лучшему пониманию источников счастья могут способствовать многочисленные исследования, проводящиеся в настоящее время. Возможно, благодаря им будут найдены важные решения, способные помочь людям, которые не очень счастливы или даже страдают депрессией. Тем временем мы можем находить утешение в том, что душевное состояние человека не столь безрадостно, как это может показаться на основании программ новостей (и книг по патофизиологии).

Монополярная депрессия.

Люди, чувствующие себя более несчастными, чем обычно, часто говорят, что они «впали в депрессию». Как правило, это состояние является реакцией на какие-то печальные события, усталость или неприятные мысли. Подобное использование этого термина приводит к тому, что совершенно нормальную перемену настроения начинают путать с клиническим синдромом. У всех нас время от времени бывает угнетенное состояние; монополярную же депрессию испытывает только небольшое число людей. Клиническая депрессия связана с тяжелой и продолжительной психологической болью, которая может усиливаться с течением времени. Люди, ей страдающие, могут утратить способность выполнять простейшие житейские обязанности, а некоторые даже пытаются покончить с собой.

Исследования позволяют предположить, что в США тяжелой монополярной депрессией страдает ежегодно от 5 до 10% взрослого населения; примерно половина этих людей получает медицинскую помощь (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993). Кроме того, от 3 до 5% взрослых страдают легкими расстройствами настроения. В Канаде, Англии и многих других странах получены аналогичные данные (Smith & Weissman, 1992). Фактически, эпизод тяжелой монополярной депрессии в тот или иной период жизни могут испытывать до 18% всего взрослого населения планеты (Angst, 1995).

Исследования также свидетельствуют, что начиная с 1915 года опасность подвергнуться тяжелой монополярной депрессии постоянно возрастала. Причем средний возраст людей, в котором они впервые сталкиваются с депрессией и который в настоящий момент составляет в США 27 лет, понижается с каждым следующим поколением (Weissman et al., 1992, 1991).

У женщин эпизоды тяжелой монополярной депрессии бывают по меньшей мере в два раза чаще, чем у мужчин (Weissman & Olfson, 1995). Депрессивный эпизод в тот или иной период жизни бывает у 26% женщин и лишь у 12% мужчин (APA, 1993). У детей распространенность случаев монополярной депрессии примерно одинакова для девочек и мальчиков (Hankin et al., 1998). Вышеприведенные цифры схожи для всех социально-экономических классов.

Среди этнических групп было обнаружено сравнительно немного различий в распространенности депрессии. В США у белых американцев среднего возраста депрессии случаются несколько чаще, чем у афроамериканцев среднего возраста, но среди более молодых и пожилых людей цифры схожи для обеих групп населения (Weissman et al., 1991).

Тяжелая монополярная депрессия может начаться в любом возрасте. Приблизительно две трети людей с этой проблемой поправляются через несколько месяцев, причем некоторые обходятся без врачебной помощи (APA, 1994; Keller, 1988). Однако у большей части этих людей в дальнейшем бывает по меньшей мере еще один эпизод депрессии (Kessler et al., 1998; Rao et al., 1995).

<Вопросы для размышления. Повышения и понижения настроения случаются у нас практически каждый день. Как же можно отличить обычную «меланхолию» от клинической депрессии?>

Клиническая картина депрессии.

Характер депрессии может меняться от человека к человеку. Ранее мы видели, как нерешительность, неспособность сдерживать рыдания и чувства отчаяния, гнева и собственной несостоятельности, охватившие Беатрис, привели к тому, что ее работа и

социальная жизнь зашли в тупик. У других людей, впадающих в депрессию, симптомы бывают менее тяжелыми. Они могут функционировать, хотя депрессия, как правило, значительно понижает их работоспособность или делает их жизнь безрадостной, как мы увидим ниже в случае с Дерекком:

Вероятно, Дерек страдал от депрессии всю свою взрослую жизнь, но в течение многих лет он не осознавал этого. Дерек называл себя полуночником, утверждая, что до 12 часов ночи он не способен ясно мыслить, несмотря на то, что зачастую ему приходилось вставать уже в 4 часа утра.

Дерек пытался спланировать свою работу — литературного редактора газеты, издававшейся в небольшом городке, — таким образом, чтобы выполнению служебных обязанностей не мешало его депрессивное настроение в начале дня. Поэтому на утро он договаривался о встречах; разговоры с людьми придавали ему бодрости. Написание газетных статей и принятие решений он откладывал на более поздние часы.

Мысли Дерекка редко приносили ему ощущение радости и уверенности в своих силах. Ему казалось, что его супружеская жизнь была не более чем деловым партнерством. Он зарабатывал деньги, а жена заботилась о доме и детях. Дерек и его жена редко проявляли по отношению друг к другу нежные чувства. Порою ему представлялось, как он трагически гибнет во время велосипедной поездки, в авиакатастрофе или от рук неизвестного убийцы.

Дереку казалось, что ему постоянно грозит потеря работы. Его расстраивало то, что его редакционные статьи не привлекали внимание более крупных газет. Он был уверен, что ряд молодых сотрудников газеты имеют более светлые головы и пишут талантливее, чем он. Он ругал себя за неудачную передовицу, которую написал десять лет назад. Хотя тот материал и был ниже его обычных возможностей, все остальные работники газеты забыли о нем через неделю после публикации. Дерек же десять лет спустя по-прежнему не мог избавиться от мыслей о той самой статье...

Дерек приписывал свое неуверенное состояние по утрам отсутствию живости ума. Он не мог знать, что это был симптом депрессии. Он не осознавал, что картины собственной смерти могли быть не чем иным, как суицидальными мыслями. Люди не говорят о подобных вещах. Дерек же полагал, что аналогичные мысли посещают всех. (Lickey & Gordon, 1991, p. 183-185)

Как показывают случаи с Беатрис и Дерекком, депрессия характеризуется не только тоской, но и множеством других симптомов, которые часто подпитывают друг друга. Симптомы охватывают пять функциональных областей: эмоциональную, мотивационную, поведенческую, когнитивную и физическую.

<Психологические заметки. Когда описывают депрессию, обычно используют черный цвет. Британский премьер-министр Уинстон Черчилль называл свои повторяющиеся депрессивные эпизоды «черным псом, только и ждущим, чтобы показать свой оскал». Американский писатель Эрнест Хемингуэй характеризовал свои приступы депрессии как «черножопые» дни. А в песне рок-группы «Роллинг Стоунз» депрессивное мышление передано следующими словами: «Я вижу красную дверь и хочу перекрасить ее в черный цвет».>

Эмоциональные симптомы

Большинство людей, страдающих депрессией, испытывают чувство тоски и угнетенности. Они говорят, что чувствуют себя «несчастливыми», «опустошенными» и «униженными». По их словам, ничто не приносит им радости и они обычно утрачивают чувство юмора. Некоторые люди в период депрессии испытывают также тревогу, гнев или возбуждение. Это море страданий может выливаться в приступы плача.

Мотивационные симптомы

Люди, страдающие депрессией, часто теряют желание заниматься своей обычной деятельностью. Почти все они сообщают об отсутствии у себя побуждений, инициативы и непринужденности. Им приходится заставлять себя ходить на работу, разговаривать с друзьями, принимать пищу или поддерживать интимные отношения (Buchwald & Rudick-Davis, 1993). Один человек вспоминает об этом так: «Мне не хотелось ничего делать — хотелось лишь оставаться в одном положении и чтобы никого не было рядом» (Kraines & Thetford, 1972, p. 20).

Крайней формой бегства от житейских дел и обязанностей является самоубийство. Как мы увидим в главе 7, многие люди в период депрессии утрачивают интерес к жизни или желают умереть; другим хочется покончить с собой, и некоторые действительно совершают подобные попытки. Согласно оценкам, самоубийства совершают от 6 до 15% людей, страдающих депрессией (Inskip, Harris & Barraclough,

1998; Rossow & Amundsen, 1995).

Поведенческие симптомы

В состоянии депрессии люди обычно менее активны и менее продуктивны. Они проводят больше времени в одиночестве и могут оставаться в постели длительное время. Один человек вспоминает: «Я просыпался рано, но оставался в постели — какой смысл вставать, если тебя ждет безрадостный день?» (Kraines & Thetford, 1972, p. 21). У людей, испытывающих депрессию, может также отмечаться замедленность движений и даже речи (Sobin & Sackeim, 1997; Parker et al., 1993).

Когнитивные симптомы

Во время депрессии люди оценивают себя крайне негативно (Joiner et al., 1995). Им кажется, что они некомпетентны, нежеланны, неполноценны, возможно даже порочны. Они обвиняют себя в причастности к почти всем негативным событиям, даже к тем, которые не имеют к ним никакого отношения, и редко замечают свои успехи и достижения.

Еще один когнитивный симптом депрессии — пессимизм. В период депрессии люди обычно бывают убеждены, что в будущем не произойдет никаких улучшений и что они неспособны изменить хоть какой-то аспект своей жизни (Dixon et al., 1993; Metalsky et al., 1993). Поскольку они ждут самого худшего, то часто медлят с принятием решений. Чувство безнадежности и беспомощности делает их особенно предрасположенными к суицидальным мыслям.

Люди с депрессией часто жалуются на ослабление своих интеллектуальных способностей. Они часто путаются, страдают забывчивостью, легко отвлекаются и неспособны решить даже простые задачи. И действительно, во время лабораторных исследований лица с депрессией часто выполняют задания, требующие памяти, внимания и логического мышления, хуже, чем те, кто не испытывает депрессии (Hertel, 1998; Lemelin et al., 1996). Однако, возможно, что эти трудности являются отражением скорее мотивационных, чем интеллектуальных проблем (Lachner & Engel, 1994).

Физические симптомы

У людей, пребывающих в депрессии, часто отмечаются такие физические симптомы, как головные боли, расстройства пищеварения, запоры, головокружение и общее недомогание. Фактически, многие случаи депрессии сначала ошибочно диагностируют как соматические проблемы (Simon & Katzelnick, 1997). Кроме того, у людей с депрессией может пропадать аппетит и нарушаться сон. Даже если они отдыхают и спят, большую часть времени их не покидает чувство усталости (Kazes et al., 1994; Spooov et al., 1993).

Диагностика монополярной депрессии.

Справочник DSM-IV идентифицирует несколько разновидностей монополярной депрессии. Человеку ставят диагноз **тяжелого депрессивного расстройства**, если у него случился тяжелый депрессивный эпизод (major depressive episode): период, характеризующийся по крайней мере пятью симптомами депрессии и продолжающийся две недели или более (см. Контрольный перечень DSM-IV в Приложении). В крайних случаях эпизод может включать в себя психотические симптомы. Человек может утратить контакт с реальностью: у него возникают бредовые мысли (delusions) — фантастические идеи, не имеющие под собой оснований — или начинаются галлюцинации — восприятие отсутствующих объектов как реальных (Parker et al., 1997; Coryell et al., 1996). При депрессии с психотическими симптомами человек способен вообразить, что он не может есть, так как его кишечник «плохо работает и вскоре совсем перестанет функционировать», или же ему может казаться, что он видит свою умершую жену.

Тяжелое депрессивное расстройство — острая форма депрессии, приводящая к тяжелым последствиям и обусловленная иными факторами, нежели употребление лекарств или общее соматическое расстройство.

Кроме того, DSM-IV описывает варианты тяжелого депрессивного расстройства: *рекуррентное (циклическое, возвратное, периодическое)*, если ему уже предшествовали эпизоды депрессии; *сезонное*, если оно связано со сменой, времен года (например, если депрессия повторяется каждую зиму); *кататоническое*, если оно характеризуется обездвиженностью или избыточной активностью; *послеродовое*, если оно имеет место в течение четырех недель после окончания беременности; *меланхолическое*, если человек остается почти полностью равнодушным к приятным событиям (Kendler, 1997; APA, 1994).

Людям, страдающим от более длительных (продолжающихся не менее двух лет), но

менее тяжелых форм монополярной депрессии, может быть поставлен диагноз дистимия (см. табл. 6.1; см. также Контрольный перечень DSM-IV). Когда дистимическое расстройство переходит в тяжелое депрессивное расстройство, такую последовательность называют двойной депрессией (Donaldson et al., 1997; APA, 1993).

Таблица 6.1. Характеристика расстройств настроения

	Ежегодная распространенность (в %)	Соотношение распространенности среди женщин и мужчин	Возраст, в котором обычно начинается (в годах)	Распространенность среди близких родственников
Тяжелое депрессивное расстройство	5-10	2:1	24-29	Высокая
Дистимия	2,5-5,4	Между 3:2 и 2:1	10-25	Высокая
Биполярное расстройство I типа	0,7	1:1	15-44	Высокая
Биполярное расстройство II типа	0,5	1:1	15-44	Высокая
Циклотимия	0,4	1:1	15-25	Высокая

(APA, 1994; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993; Weissman et al., 1991.)

***Дистимия** — расстройство настроения, отличающееся от рекуррентного депрессивного расстройства не качественной структурой, а недостаточной тяжестью и стойкостью симптоматики.*

Резюме

У людей, страдающих расстройствами настроения, определенный аффект сохраняется, как правило, в течение нескольких месяцев или лет, накладывает отпечаток на все их отношения с миром и не позволяет им нормально функционировать. Основными типами настроения при этих расстройствах являются депрессия и мания.

Монополярная депрессия. Жертвы монополярной депрессии, наиболее распространенной формой расстройства настроения, страдают только от депрессии. Симптомы депрессии охватывают пять функциональных областей: эмоциональную, мотивационную, поведенческую, когнитивную и физическую. Кроме того, при депрессии возрастает опасность появления суицидальных мыслей и совершения самоубийств. Женщины страдают монополярной депрессией чаще, чем мужчины.

Монополярная депрессия: возможные причины и методы лечения.

По-видимому, эпизоды монополярной депрессии часто бывают вызваны стрессовыми событиями (Sherrill et al., 1997; Brown, Harris & Hepworth, 1995). Юджин Пейкел и его коллеги установили, что в жизни людей, страдающих депрессией, в течение месяца, непосредственно предшествующего началу расстройства, происходит значительно больше стрессовых событий, чем у среднестатистического человека за тот же период времени (Paykel & Cooper, 1992). Стрессовые жизненные события предшествуют и другим психологическим расстройствам, но лица с депрессией сообщают о большем числе подобных событий, чем остальные люди.

Некоторые клиницисты считают необходимым разграничивать *реактивную (экзогенную) депрессию*, которая следует за какими-то ярко выраженными стрессовыми событиями, и *эндогенную депрессию*, которая, по-видимому, бывает вызвана внутренними факторами. Но можно ли знать наверняка, является ли депрессия реактивной или нет? Даже если перед началом депрессии имели место какие-то стрессовые события, депрессия может и не быть реактивной. Эти события могли быть простым совпадением (Paykel, 1982). Поэтому в настоящее время клиницисты обычно стараются выявить как ситуативные, так и внутренние аспекты любого случая монополярной депрессии.

В настоящее время объяснения причин и методы лечения монополярной депрессии сводятся к выявлению биологических, психологических и социокультурных факторов.

Поскольку клиницисты выделяют теперь в каждом случае депрессии и внутренние, и ситуативные особенности, многие полагают, что необходимо комбинировать различные объяснения и методы лечения, с тем чтобы лучше понять людей с этим расстройством и помочь им.

<Психологические заметки. Установлено, что клинической депрессией страдает половина всех людей, перенесших инсульт, 17% тех, у кого был сердечный приступ, 30% больных раком и от 9 до 27% людей с диабетом (Simpson, 1996).>

Биологический подход.

Исследователям-медикам уже давно известно, что определенные болезни и лекарства вызывают изменение настроения. Не может ли и сама клиническая депрессия обуславливаться биологическими причинами? Данные генетических и биохимических исследований показывают, что может (Judd, 1995).

Генетические причины

Два направления исследований — изучение родословной и исследования близнецов — свидетельствуют, что некоторые люди наследуют предрасположенность к монополярной депрессии, хотя, как мы отмечали ранее, данные подобных исследований можно интерпретировать и иным образом. При изучении родословной отбирают людей с монополярной депрессией, исследуют их родственников и выясняют, не страдают ли депрессией и другие члены семьи. Если предрасположенность к монополярной депрессии является наследственной, среди родственников депрессия должна встречаться чаще, чем среди населения в целом. Исследователи установили, что депрессии подвержены 20% таких родственников, а среди населения в целом ею страдает менее 10% (Harrington et al., 1993).

Если предрасположенность к монополярной депрессии является унаследованной, тогда следует ожидать и большого числа случаев этого расстройства среди близких родственников больных. *Исследования близнецов* подтверждают это ожидание (Gershon & Nurnberger, 1995; Nurnberger & Gershon, 1992; 1984). В ходе одного недавнего исследования было проведено наблюдение за почти 200 парами близнецов. Когда *монозиготный (однойцевый)* близнец страдал монополярной депрессией, другой близнец был подвержен тому же расстройству в 46% случаев. Для сравнения, когда монополярная депрессия отмечалась у *гетерозиготного (разнойцевого)* близнеца, вероятность ее возникновения у другого близнеца равнялась только 20% (McGuffin et al., 1996).

Биохимические причины

Как мы уже знаем, нейротрансмиттеры (медиаторы) — это содержащиеся в головном мозге химические вещества, которые передают сигналы от одной периферической клетки, или нейрона, к другой. Пониженная активность двух подобных химических веществ, норэпинефрина (норадреналина) и серотонина, тесно связана с монополярной депрессией (Zaleman, 1995).

<Биохимические «преступники». При помощи компьютерной графики здесь изображены молекулы нейротрансмиттеров норэпинефрина (вверху) и серотонина (внизу) — эти вещества связывают с монополярной депрессией.>

Норэпинефрин, или норадреналин — нейротрансмиттер, аномальная активность которого связана с депрессией и паническим расстройством.

Серотонин — нейротрансмиттер, аномальная активность которого связана с депрессией, неврозом навязчивых состояний и расстройствами аппетита.

В 1950-х годах был получен ряд данных, указывающих на эту взаимосвязь. Во-первых, исследователи-медики установили, что депрессию часто вызывают определенные лекарственные препараты, применяемые при гипертонии (Ayd, 1956). Дальнейшие исследования показали, что некоторые из этих препаратов понижают активность норэпинефрина, а другие — активность серотонина. Вторым доказательством указанной связи явилось открытие лекарств, снимающих депрессию (антидепрессантов). Хотя эти лекарства были обнаружены совершенно случайно, исследователи вскоре поняли, что они повышают активность либо норэпинефрина, либо серотонина. Если антидепрессанты помогают при депрессии, увеличивая активность этих нейротрансмиттеров, рассуждали исследователи, тогда возможно, что сама депрессия связана с низкой активностью норэпинефрина или серотонина. Последующие многолетние исследования показали, что низкая активность этих нейротрансмиттеров может действительно приводить к депрессии (Zaleman, 1995).

<Психологические заметки. 90% опрошенных специалистов считают, что причиной хронической клинической депрессии и шизофрении является нарушение баланса химических веществ в головном мозге (NAMI, 1996).>

Исследователи-биологи также установили, что определенную роль в возникновении депрессии может играть эндокринная система. Как мы видели ранее, эндокринные железы, расположенные по всему телу, выделяют гормоны, химические вещества, которые, в свою очередь, активизируют деятельность внутренних органов (см. главу 2). Выяснилось, что у людей с монополярной депрессией высок уровень кортизола, гормона, выделяемого надпочечными железами в период стресса (Hedaya, 1996; Zaleman, 1995). Это и неудивительно, если учесть, что депрессию часто вызывают стрессовые события. Еще один гормон, который связывают с депрессией, — мелатонин, иногда называемый «гормоном Дракулы», поскольку он выделяется только в темноте.

Кортизол — гормон, выделяемый надпочечными железами, когда человек испытывает стресс.

Мелатонин — гормон, выделяемый шишковидной железой, когда человек находится в темноте.

Биологические теории депрессии вызвали большой энтузиазм, но исследования в этой области сопряжены с серьезными ограничениями. Например, значительная их часть — это исследования, в ходе которых депрессивные симптомы искусственно вызываются у лабораторных животных. Исследователи не могут быть уверены, что эти симптомы реально отражают расстройства, возникающие у людей (Overstreet, 1993). Кроме того, до последнего времени существующая технология позволяла производить в большинстве биологических исследований человеческой депрессии лишь косвенную оценку активности головного мозга. В результате, у ученых не могло быть полной уверенности в отношении подлинных биологических процессов (Grossman, Manji & Potter, 1993; Katz et al., 1993). Исследования, использующие более современную технологию, такую как PET- и MRI-сканирование, в ближайшем будущем должны помочь устранить подобную неопределенность (Ketter et al., 1996; Mann et al., 1996).

<Подсказки, даваемые сном. У людей с депрессией часто нарушается нормальный цикл сна. Поэтому показания электроэнцефалограммы, снимаемой в время сна больного, иногда помогают клиницистам точнее оценить состояние больных и более эффективно их лечить.>

<ЭСТ сегодня. Больным, подвергаемым ЭСТ, теперь назначают лекарства, приводящие их в состояние сна, мышечные релаксанты, предотвращающие сильные судороги тела и переломы костей, и кислородные подушки, предохраняющие от нарушений деятельности мозга.>

Крупным планом

Депрессия в лучах света

Предполагают, что при депрессии особенно важную роль играет секреция гормона *мелатонина*. Этот гормон выделяется *шишковидной железой* головного мозга, когда мы находимся в темноте, и не выделяется на свету. Роль мелатонина в человеческой жизнедеятельности понята не до конца; животным он, по-видимому, помогает контролировать состояние спячки, уровень активности и репродуктивный цикл. С увеличением продолжительности ночи у животных выделяется все больше мелатонина, которой делает их медлительными и подготавливает их к длительному состоянию покоя во время зимы. Когда с наступлением весны увеличивается продолжительность дневных часов, секреция мелатонина уменьшается, повышая энергетический уровень.

Некоторые теоретики полагают, что повышенная секреция мелатонина зимой способствует тому, что движения человека замедляются, он становится менее энергичным и нуждается в более продолжительном отдыхе, подобно тому, как это происходит у впадающих в спячку животных. Хотя большинство людей приспосабливаются к таким изменениям, некоторые, по-видимому, настолько чувствительны к повышенной секреции мелатонина в зимнее время, что оказываются неспособными продолжать свою деятельность в обычном режиме (Dilsaver, 1990; Rosenthal & Blehar, 1989). Такая замедленность действий принимает у них каждую зиму форму депрессии, называемой *сезонным (аффективным) расстройством настроения, или SAD* (Rosenthal & Blehar, 1989). SAD менее распространено в районах, прилежащих к экватору, — т. е. в зонах, где в зимние месяцы дни достаточно длинны, а секреция мелатонина — ниже (Teng et al, 1995; Ito et al, 1992).

Исследователи предполагают, что, кроме того, некоторые люди с SAD очень чувствительны к понижению секреции мелатонина, которая имеет место в более продолжительные летние дни. Некоторые из них становятся слишком энергичными и активными, демонстрируя каждое лето тенденции к гипомании (Faedda et al., 1993).

Если в случае SAD проблемой действительно является темнота, то помощь может оказать свет. Одним из наиболее эффективных методов лечения при SAD становится *светолечение*, или *фототерапия*, — интенсивное воздействие на человека искусственным светом на протяжении зимы. Когда люди, подверженные сезонной депрессии, сидят под специальными световыми аппаратами по несколько часов каждый зимний день, их депрессию можно смягчить или полностью устранить (Partonen et al., 1996; Thalen et al., 1995).

Конечно, существует и немало естественных способов получения человеком повышенного количества света. Некоторые исследователи обнаружили, что пациентам с SAD помогают утренние прогулки (Wirz-Justice et al., 1996). Кроме того, клиницисты часто рекомендуют своим пациентам провести зимний отпуск в каком-нибудь солнечном месте. А некоторые даже заходят столь далеко, что предлагают людям, подверженным зимней меланхолии, и, разумеется, тем, кто страдает SAD, провести неделю-другую перед самым началом зимы в районах, находящихся примерно в 3-4 градусах к северу или югу от экватора, где ежедневно можно получать на 70% больше солнечного света. Эффективность этого метода лечения ученым еще предстоит проверить.

Клиницисты изыскивают и другие способы изменения уровня мелатонина в организме. Одна из возможностей — употребление необычайно популярных мелатониновых таблеток. Эти таблетки, принимаемые в ключевые моменты дня, могут способствовать изменению секреции мелатонина в организме человека и уменьшают депрессию (Hatonen, Alila & Laakso, 1996).

Биологические методы лечения

В большинстве случаев биологическое лечение монополярной депрессии означает применение антидепрессантов, для многих же людей с депрессией — особенно тех, кому не помогают другие методы лечения — оно означает электрошоковую терапию.

Электрошоковая (электросудорожная) терапия. При электросудорожной терапии, или ЭСТ, одним из наиболее спорных методов лечения депрессии, к голове больного прикладывают два электрода. Затем в течение половины секунды или менее через головной мозг больного пропускают электрический ток напряжением от 65 до 140 Вольт. При билатеральной ЭСТ по одному электроду прикладывают к каждому из висков, и ток пропускают через оба полушария головного мозга. При монолатеральной ЭСТ, методе, все чаще используемом в последние годы, электроды располагают таким образом, чтобы ток проходил только через одно полушарие. Электрический ток вызывает конвульсию, или судорогу, головного мозга, которая длится от 25 секунд до нескольких минут. После 6-9 сеансов этого метода лечения, проводящихся в течение 2-4 недель, депрессия у большинства больных идет на убыль (Lerer et al., 1995; Fink, 1992).

Электрошоковая (электросудорожная) терапия — метод лечения депрессии, при котором с помощью электродов, прикладываемых к голове больного, через его головной мозг пропускают электрический ток, вызывающий развернутый судорожный синдром.

Терапевтические свойства электрошока были открыты чисто случайно. В 1930-х годах исследователи-клиницисты пришли к ошибочному мнению, что судороги помогают в лечении шизофрении и других психотических расстройств, и пытались определить, как можно вызвать судороги у пациентов с этими расстройствами. Одним из первых методов состоял в назначении больным лекарства *метразола*. Другой предполагал лечение их большими дозами инсулина (*инсулинокоматозная терапия*). Эти подходы были очень опасными и иногда приводили к летальному исходу. Наконец, итальянский психиатр Уго Черлетти (Ugo Cerletti) обнаружил, что можно вызывать у больных судороги достаточно безопасным путем, подводя к их голове электрический ток (Cerletti & Bini, 1938). Вскоре ЭСТ стали применять при самых разнообразных психологических нарушениях; в частности, стала очевидна эффективность ее использования при депрессии.

В первые годы применения ЭСТ имели место случаи переломов и вывихов челюсти, а иногда и плечевых суставов, вызванные как самими судорогами, так и чрезмерным удержанием больного медицинским персоналом. Сегодня врачи устраняют эту проблему, давая больным мышечные релаксанты, поэтому в удержании более нет необходимости. Используются также анестезирующие вещества кратковременного действия (барбитураты), которые вызывают у больных сон во время процедуры и тем самым уменьшают их страх перед ней (Salzman, 1998; Fink, 1992).

Люди, подвергшиеся ЭСТ, как правило, испытывают трудности с припоминанием того,

что происходило непосредственно перед этими воздействиями и после них. В большинстве случаев их память восстанавливается через несколько месяцев (Calev et al., 1995, 1991; Squire & Slater, 1983). Однако у некоторых больных отмечаются более глубокие провалы памяти, и эта форма амнезии может стать хронической (Squire, 1977).

Нет сомнений, что ЭСТ является эффективным методом лечения монополярной депрессии. Исследования показывают, что у 60-70% больных, к которым применялась ЭСТ, происходит улучшение состояния (Rey & Walter, 1997). По-видимому, эта процедура особенно эффективна в случаях тяжелой депрессии, осложненной бредом (O'Leary et al., 1995; Buchan et al., 1992). Однако пока не ясно, почему ЭСТ дает такие хорошие результаты.

Хотя ЭСТ эффективна и ее методика прогрессирует, начиная с 1950-х годов ее использование в целом уменьшается. В период 1940 и 1950-х годов ей, очевидно, подвергались более 100 000 человек в год. Сегодня, как считается, ее применяют ежегодно лишь к 30-50 тысячам больных (Cauchon, 1995; Fodegaero, 1993). Одна из причин этого снижения популярности — потери памяти, вызываемые ЭСТ. Другая причина — появление эффективных *лекарств-антидепрессантов*.

Антидепрессанты. В 1950-х годах исследователи открыли два вида лекарств, которые позволяют снять депрессивные симптомы: **ингибиторы МАО** (моноаминоксидазы) и трициклические антидепрессанты. К этим лекарствам недавно добавилась третья группа, так называемые антидепрессанты второго поколения (см. табл. 6.2).

Таблица 6.2. Лекарства, помогающие при монополярной депрессии

Класс/родовое название	Торговое название
<i>Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО)</i>	
Изокарбоксазид	Марплан
Фенелзин	Нардил
Транилципромин	Парнат
<i>Трициклические антидепрессанты</i>	
Имипрамин	Тофранил
Амитриптилин	Элавил
Доксепин	Адапин; синекван
Тримипрамин	Сурмонтил
Десипрамин	Норпрамин; пертофран
Нортриптилин	Авентил; памелор
Протриптилин	Вивактил
<i>Антидепрессанты второго поколения</i>	
Мапротилин	Лудиомил
Амоксапин	Асендин
Тразодон	Десирел
Кломипрамин	Анафранил
Флуоксетин	Прозак
Сертралин	Золофт
Пароксетин	Паксил
Венлафаксин	Эффексор
Флувоксамин	Лувокс
Нефазодон	Серзон
Бупропион	Веллбутрин

(Hedaya, 1996; Physician's Desk Reference, 1994.)

Эффективность ингибиторов МАО в качестве средств, помогающих при монополярной депрессии, была обнаружена случайно. Врачи заметили, что ипрониазид, лекарство, проверявшееся на больных туберкулезом, обладает любопытным эффектом: он делал больных более счастливыми (Sandler, 1990). Выяснилось, что аналогичное действие он оказывает и на пациентов с депрессией (Kline, 1958; Loomer, Saunders & Kline, 1957). Это и другие родственные лекарства обладали общим биохимическим свойством: они замедляли выработку организмом фермента моноаминоксидазы (МАО). Поэтому их и называли ингибиторами МАО. Эти средства помогают приблизительно половине

депрессивных больных, их принимающих (Thase, Triverdi & Rush, 1995).

Ингибитор МАО — антидепрессант, подавляющий действие фермента моноаминоксидазы.

В норме, вырабатываемый при участии головного мозга фермент МАО расщепляет нейротрансмиттер норэпинефрин. Ингибиторы МАО блокируют эту деятельность МАО и тем самым прекращают дезинтеграцию норэпинефрина. В результате происходит повышение активности норэпинефрина, что, в свою очередь, ослабляет депрессивные симптомы. Однако прием ингибиторов МАО сопряжен с определенным риском. У людей, принимающих этот препарат, отмечается опасное повышение артериального давления крови, если они употребляют пищу, содержащую химическое вещество *тирамин* — в число которой входят такие распространенные продукты, как сыр, бананы и некоторые сорта вин (Stahl, 1998). Поэтому те, кто принимает ингибиторы МАО, должны соблюдать строгую диету.

Открытие в 1950-х годах трициклических антидепрессантов было также случайным. Когда исследователи пытались получить новый препарат для лечения шизофрении, в их поле зрения попало лекарство под названием имипрамин (Kuhn, 1958). Как выяснилось, имипрамин не помогает в случаях шизофрении, но зато у многих людей он снимает монополярную депрессию. Имипрамин (торговое название — тофранил) и родственные лекарства получили название трициклических антидепрессантов, поскольку все они имеют молекулярную структуру с тремя кольцами.

Трициклический антидепрессант — препарат, регулирующий настроение, который имеет три кольца в своей молекулярной структуре, например имипрамин.

Сотни исследований показали, что депрессивные больные, принимающие трициклические антидепрессанты, начинают чувствовать себя намного лучше, чем такие же больные, получающие плацебо (APA, 1993; Montgomery et al., 1993). Эти лекарства помогают 60-65% пациентов, их принимающих (Keller et al., 1995; Davis, 1980). Кроме того, продолжительный прием этих препаратов уменьшает вероятность рецидива болезни, поэтому многие клиницисты держат своих пациентов на них неопределенно долгое время (Franchini et al., 1997). Случай с Дерекком, о котором мы рассказывали ранее, является типичным примером восторженных отзывов, часто даваемых трициклическим антидепрессантам:

Как-то зимой Дерек записался на вечерний курс под названием «Употребление психотропных лекарств и злоупотребление ими», так как хотел сопроводить точной справочной информацией будущую газетную статью о распространении наркотиков среди школьников и студентов. Курс охватывал лекарства, используемые как в психиатрии, так и в восстановительных целях. Когда лектор выписывал на доске симптомы аффективных расстройств настроения, Дерек озарил: возможно, он страдает меланхолической депрессией.

После этого Дерек проконсультировался у психиатра, который подтвердил его подозрения и выписал ему имипрамин. Через неделю Дерек спал так крепко, что пробуждался лишь от звонка будильника. Через две недели в 9 часов утра он уже писал материал для своей газетной колонки и принимал непростые решения в отношении редакторских статей, освещавших острые темы. Он приступил к написанию нескольких очерков о лекарствах, поскольку его заинтересовал этот предмет. Впервые за долгие годы литературная работа доставляла ему столько радости. Ему перестали досаждать образы его собственной трагической смерти. Он стал проявлять больше чуткости в отношениях с женой. Теперь он с удовольствием разговаривал с ней и отвечал на ее вопросы без долгих задержек. (Lickey & Gordon, 1991, p. 185)

Многие исследователи пришли к выводу, что трициклические антидепрессанты снимают депрессию, воздействуя на механизмы «обратного захвата» нейротрансмиттеров (Stahl, 1998; Blier & deMontigny, 1994) (см. рис. 6.1). Ранее мы видели, что сигналы через синаптическую щель передаются от одного нейрона к другому нейрону-приемнику посредством нейротрансмиттера, химического вещества, выделяемого из нервного окончания нейрона, посылающего сигнал. Однако этот процесс имеет свои тонкости. Хотя нервное окончание и выделяет нейротрансмиттер, но напоминающий насос механизм в том же окончании пытается осуществить его повторный захват. Цель этого действия — не позволить нейротрансмиттеру оставаться в синапсе слишком долго и вызывать повторную стимуляцию нейрона-приемника. У некоторых людей этот механизм пресинаптического (обратного) захвата может действовать чересчур успешно, вызывая слишком большое понижение активности норэпинефрина или серотонина. А это понижение активности может, в свою очередь,

приводить к клинической депрессии. Очевидно, трициклические антидепрессанты блокируют процесс обратного захвата, увеличивая тем самым активность нейротрансмиттера.



Рисунок 6.1. Пресинаптический захват медиатора и антидепрессанты. (Слева)

Когда нейрон выделяет из своего окончания норэпинефрин или серотонин, напоминающий насос, механизм обратного захвата начинает немедленно притягивать к себе нейротрансмиттеры, до того как их получит постсинаптический (рецепторный) нейрон. (Справа) Трициклические антидепрессанты и большинство антидепрессантов второго поколения блокируют процесс обратного захвата, позволяя большему количеству норэпинефрина или серотонина достичь постсинаптического нейрона. (Snyder, 1986, p. 106.)

<Вопросы для размышления. Некоторые клиницисты считают, что антидепрессанты обедняют поведение человека, разрушают личность и отвлекают внимание людей от борьбы с социальным злом. Оправданы ли подобные опасения?>

В настоящее время трициклические антидепрессанты прописывают чаще, чем ингибиторы МАО. Они менее опасны и не требуют ограничений в диете пациента (Montgomery et al., 1993). Кроме того, у больных, принимающих трициклические антидепрессанты, как правило, отмечаются более заметные улучшения состояния, чем у тех, кто принимает ингибиторы МАО (Swonger & Constantine, 1983). В последние годы были получены новые антидепрессанты. Большинству этих антидепрессантов второго поколения дали название селективных ингибиторов пресинаптического (обратного) захвата серотонина, поскольку они повышают активность одного только серотонина, не влияя на норэпинефрин или другие нейротрансмиттеры. В число этих лекарств входят флуоксетин (торговое название — прозак) и сертралин (золофт). Хотя эффективность этих лекарств не выше, чем у трициклических антидепрессантов (Steffens et al., 1997; Tollefson et al., 1995), их продажа резко возросла (см. рис. 6.2). Клиницисты часто предпочитают именно их, так как людям их сложнее передозировать, чем трициклические антидепрессанты. Вдобавок, они обычно не дают неприятных побочных эффектов, характерных для трициклических антидепрессантов, таких как сухость во рту и запоры (Leonard, 1997). В то же время новые антидепрессанты могут вызывать собственные нежелательные побочные эффекты. Например, некоторые люди отмечают у себя снижение сексуального влечения (Segraves, 1998).

Лекарство	Объем продаж	
Флуоксетин	38,5%	1.2 млрд. долл.
Другие антидепрессанты	38,5%	1.2 млрд. долл.
Сертралин	15%	457 млн. долл.
Пароксетин	8%	250 млн. долл.

Рисунок 6.2. Объем продаж антидепрессантов. На антидепрессанты второго

поколения, такие как флуоксетин (прозак), сертралин (золофт) и пароксетин (паксил), сегодня приходится 60% объема продаж всех антидепрессантов. (Cowley, 1994.)

Селективные ингибиторы пресинаптического (обратного) захвата серотонина — группа антидепрессантов второго поколения, которые повышают активность серотонина, не влияя на другие нейротрансмиттеры.

<«Я буду принимать золофт всю оставшуюся жизнь. И сделаю это очень охотно. Я не хочу потерять уважение людей». — Майк Уоллес, журналист (цитировано у Biddle et al., 1996)>

Сцены из современной жизни

Зверобой: верное средство против депрессии?

Он натурален. Он дешев. Его можно купить без рецепта. Многие люди говорят, что он избавил их от клинической депрессии. Его расхваливают в телепередачах, журналах и газетах по всему миру. *Hypericum perforatum*, известный в народе как зверобой (англ. St. John's wort, «трава святого Иоанна». — Прим. перев.), — одно из самых хорошо раскупаемых в наши дни лечебных средств.

Зверобой — это дикорастущее травянистое растение с желтыми цветками, которое в течение 2400 лет использовалось в народной медицине (Bloomfield & McWilliams, 1996). Исследования применения экстрактов этой травы в качестве средства, помогающего при депрессии, начались десять лет назад, получив наибольший размах в Германии. В 1994 году было опубликовано 17 научных работ, согласно которым эти экстракты помогают почти 60% людей с депрессией от легкой до умеренной, вызывая при этом лишь небольшое число нежелательных побочных эффектов, характерных для антидепрессантов (Jenike, 1994). Эти исследования и сопровождавшая их реклама привели к резкому увеличению продаж зверобоя. В Германии его объем продаж уже превышает объем продаж прозака в 25 раз (Bloomfield & McWilliams, 1996). В США лекарства из трав не могут быть запатентованы, поэтому фармацевтические компании не проявляют особой инициативы в проведении дорогостоящих исследований зверобоя. Магазины здорового питания продают его в качестве диетической добавки, и сейчас он очень хорошо раскупается.

Однако многие исследователи предупреждают, что еще рано делать окончательные выводы о свойствах зверобоя. Каковы побочные эффекты и возможные опасности его длительного употребления? Как он сказывается на людях с тяжелой депрессией? Какова его правильная дозировка? Как он сочетается с антидепрессантами? И как потребители могут узнать, насколько полезен и безопасен тот или иной экстракт, который они покупают? В настоящее время исследователи направляют свое внимание на эти и другие важные вопросы. Заинтересованная публика с нетерпением ждет ответов.

<**Вопросы для размышления.** Если антидепрессанты столь эффективны, почему тогда люди упорно стремятся найти альтернативные биологические средства лечения депрессии? Как потребители могут узнать, обладает ли какой-то популярный новый подход подлинными достоинствами или же это очередное кратковременное увлечение, о котором скоро забудут?>

Психологический подход.

К монополярной депрессии наиболее часто прилагаются следующие психологические модели: психодинамическая, поведенческая и когнитивная. Самый давний из этих подходов — психодинамический, но исследования не дают надежных подтверждений объяснениям и методам лечения депрессии, которые он предлагает. Поведенческая трактовка получила лишь умеренное подтверждение, а бихевиористские методы лечения, не подкрепляемые другими методами, эффективны главным образом в случаях легкой депрессии. Когнитивные же теории и методы лечения депрессии находят множество подтверждений в исследованиях и получили широкое признание среди клиницистов.

Психодинамический подход

Зигмунд Фрейд и его ученик Карл Абрахам разработали первую психодинамическую трактовку и методику лечения монополярной депрессии (Freud, 1917; Abraham, 1916, 1911). Их акцент на такие аспекты данной проблемы, как зависимость и утрата, продолжает оказывать влияние на нынешних клиницистов, исповедующих психодинамический подход.

Психодинамические причины. Фрейду и Абрахаму удалось подметить ряд сходств между клинической депрессией и горем, переживаемым людьми, которые потеряли любимого человека: постоянный плач, потерю аппетита, трудности с засыпанием, утрату интереса к жизни и отрешенность от происходящего (Beutel et al., 1995).

Согласно Фрейду и Абрахаму, когда у нас умирает любимый человек, в действие приводится серия неосознаваемых процессов. Неспособные смириться с потерей, скорбящие люди сначала возвращаются к оральной стадии развития, периоду полной зависимости, когда младенцы неспособны отделить себя от своих родителей. Возвращаясь к этой стадии, скорбящие начинают идентифицировать себя с человеком, которого они потеряли, и тем самым символически вновь обретают умершего. Они направляют все свои чувства к любимому, включая печаль и гнев, на себя.

Для большинства скорбящих этот процесс носит временный характер. Некоторым, однако, не удается справиться со своим горем. Они ощущают себя опустошенными, продолжают избегать социальных контактов, а их чувство утраты усиливается. Они впадают в депрессию. Фрейд и Абрахам полагали, что к клинической депрессии особенно предрасположены два типа людей, потерявших близкого человека: те, чьи потребности в период оральной стадии младенчества родители не сумели удовлетворить, и те, чьи потребности родители удовлетворяли чрезмерно. Оба этих типа людей могут посвящать свою жизнь другим, добиваясь во что бы то ни стало их любви и одобрения (Vemporad, 1992). Они чаще испытывают глубокое чувство утраты, когда умирает любимый человек.

Разумеется, многие люди впадают в депрессию и в том случае, когда никто из их близких не умирает. Стараясь объяснить причину этого, Фрейд предложил концепцию символической, или воображаемой, утраты. Например, студентка колледжа может относиться к своему провалу на экзамене по математике как к утрате собственных родителей, полагая, что они любят ее только тогда, когда она хорошо успевает в учебе.

Хотя многие теоретики психодинамического направления пытались внести изменения в теорию депрессии Фрейда и Абрахама (Jacobson, 1971; Bibring, 1953), она продолжает влиять на современное мышление. К примеру, сторонники *теории объектных отношений* — психодинамической теории, делающей акцент на отношениях, — утверждают, что депрессия случается у людей в том случае, когда отношения с окружающими вызывают у них чувство незащищенности и неуверенности (Kernberg, 1997, 1976). Люди, родители которых способствовали тому, что они стали либо слишком зависимыми, либо слишком уверенными в себе, скорее впадут в депрессию, когда в дальнейшем прекратятся значимые для них отношения.

Символическая утрата — согласно теории Фрейда, потеря высокоценного объекта (например, потеря работы), которая неосознанно интерпретируется как утрата любимого человека. Другое название — *воображаемая утрата*.

Приведенное ниже описание женщины средних лет, страдающей депрессией, иллюстрирует психодинамическую концепцию зависимости, потери любимого человека и символической утраты:

Миссис Мари Карлс... всегда испытывала сильную привязанность к своей матери. Ее даже прозвали «Штампом», поскольку она была так же неотделима от нее, как штамп от письма. Она все время старалась успокоить свою напоминавшую вулкан мать, утешить ее всевозможными способами...

Выйдя замуж [за Джулиуса], Мари сохранила свою покорность и уступчивость. До вступления в брак она порой не желала подчиниться энергичной матери, но после замужества почти автоматически смирилась со своей зависимой ролью...

Спустя несколько месяцев после начала лечения пациентка рассказала о содержании одного своего сна. Они с Игнациусом решили больше не встречаться. Она должна покинуть его навсегда. Я спросил ее, кто такой Игнациус, так как ранее она о нем не упоминала. Пациентка ответила почти удивленно: «Но когда я пришла к вам в первый раз, то сказала, что в прошлом у меня было одно увлечение». Затем она сообщила мне, что когда ей было тридцать... они с мужем пригласили Игнациуса, одинокого мужчину, пожить у них. Вскоре Игнациус и пациентка поняли, что испытывают друг к другу влечение. Оба пытались подавить эту чувство; но когда Джулиус должен был уехать на несколько дней в другой город, так называемое увлечение переросло в нечто намного большее. Между ними было несколько интимных контактов...

Появилось глубокое чувство духовной близости... Через несколько месяцев всем им пришлось уехать из города. Игнациус и Мари обещали не терять связь друг с другом, но каждый из них был полон сомнений из-за Джулиуса, любящего мужа Мари и верного друга Игнациуса. Не предпринималось никаких попыток сохранить отношения. Два года спустя, примерно через год после окончания войны, Игнациус женился. Она почувствовала себя страшно одинокой...

Страдания Мари стали еще более мучительными, когда она поняла, что стареет и ей больше не на что надеяться. Игнациус оставался для нее напоминанием об упущенных возможностях... Уступчивость и покорность, которые она проявляла в жизни, не позволили ей достичь своей цели... Когда она осознала все это, то ощутила еще большую подавленность. (Arieti & Vemporad, 1978, p. 275-284)

<Ранняя утрата. Исследования показывают, что люди, потерявшие в детстве своих родителей, чаще испытывают депрессию в годы взрослой жизни.>

Исследования в целом подтверждают психодинамическую теорию, согласно которой депрессию может вызвать какая-то серьезная утрата (APA, 1993). В известном исследовании 123 младенцев, которых поместили в ясли, после того как они были разлучены со своими матерями, Рене Шпиц (Spitz, 1946, 1945) обнаружил, что 19 младенцев стали после разлуки с матерью очень плаксивыми и грустными и уклонялись от контактов с окружающими — реакция, называемая анакликтической депрессией (Bowlby, 1980; 1969; Harlow & Harlow, 1965).

Анакликтическая депрессия — депрессивная модель поведения, обнаруживаемая у очень маленьких детей и вызванная их разлукой с матерью.

<Психологические заметки. В Северной Америке, Европе и Японии множество людей покупает «виртуальных домашних животных», электронные интерактивные игрушки. Их владельцы должны нажимать на кнопки, чтобы погладить, накормить и выдрессировать своих любимцев; если за зверьками плохо ухаживают, они умирают. Врачи предупреждают, что некоторые из владельцев этих игрушек, особенно легко ранимые и одинокие дети, могут испытывать реальное чувство утраты, когда умирает их виртуальная собачка или кошка (O'Neill, 1997).>

Другие исследования также позволяют предположить, что утрата, понесенная в ранние годы жизни, может закладывать основу для последующей депрессии (Palosaari & Aro, 1995; APA, 1993; Burbach & Borduin, 1986). К примеру, когда 1250 пациентов во время визитов к своим семейным врачам оценивали свою депрессию с помощью специальной шкалы, те из них, кто в детстве потерял отца, оценивали ее как более тяжелую (Barnes & Prosen, 1985).

Родственные исследования подтверждают психодинамическую идею, согласно которой люди, чьи детские потребности не удовлетворялись должным образом, чаще впадают в депрессию после понесенной ими утраты (Young et al., 1997; Parker, 1992, 1983). В некоторых исследованиях депрессивные субъекты отвечают на вопросы теста, называемого *Шкалой отношений с родителями* (Parental Bonding Instrument), который показывает, в какой мере, по мнению человека, о нем заботились в детстве и в какой степени его опекали. Многие сообщают, что их родителям был свойственен такой стиль воспитания, который называют «безэмоциональным контролем» (affectionless control) и который включает в себя одновременно и поверхностную заботу, и жесткую опеку (Sato et al., 1997; Parker et al., 1995).

Эти исследования в определенной степени поддерживают психодинамическое объяснение депрессии, но такие доказательства имеют серьезные ограничения. Во-первых, хотя данные и свидетельствуют, что утраты и неадекватное отношение со стороны родителей *иногда* вызывают депрессию, они не подтверждают, что подобные факторы, *как правило*, ответственны за депрессию. Во-вторых, многие из полученных данных не согласуются между собой. Хотя в некоторых исследованиях обнаруживают факты, доказывающие наличие связи между понесенной в детстве утратой и последующей депрессией, в других это сделать не удастся (Parker, 1992; Owen, Lancee & Freeman, 1986). Наконец, отдельные аспекты психодинамического объяснения депрессии проверить почти невозможно. К примеру, поскольку переживание символической утраты, как считается, происходит на бессознательном уровне, исследователям трудно определить, имеет ли она место, и если имеет, то в какой момент она произошла.

<В мире животных. Харри Харлоу (Harlow) и его коллеги установили, что обезьяны начинают испытывать явную тревогу, когда их разлучают с матерью. Даже у тех обезьян, которых «воспитывала» суррогатная мать (манекен взрослой обезьяны) — проволочный цилиндр с наполнителем из пенорезины, покрытый махровой тканью, — формировались отношения привязанности, и они тосковали в отсутствии «родителя».>

Психодинамическая терапия. При работе с депрессивными пациентами терапевты психодинамического направления применяют те же самые базовые процедуры, которые они используют при лечении других заболеваний: они побуждают человека высказывать во время терапии свободные ассоциации; предлагают интерпретации

ассоциаций, снов и проявлений сопротивления и переноса, о которых сообщает человек, и помогают ему произвести обзор прошлых событий и чувств. Одному мужчине свободные ассоциации помогли вспомнить опыт утраты, имевший место в раннем детстве, который, по мнению терапевта, и послужил основой его депрессии: *Среди его ранних воспоминаний, возможно самое раннее из всех, было воспоминание о том, как его оставили лежать одного в детской коляске под железнодорожной эстакадой. Другое яркое воспоминание, которое удалось оживить во время сеанса психоанализа, было связано с операцией, перенесенной им примерно в пятилетнем возрасте. Ему дали наркоз, и мать оставила ребенка наедине с доктором. Он вспомнил, как брыкался и кричал, негодуя за то, что она его покинула.* (Lorand, 1986, p. 325-326)

Несмотря на ряд сообщений об успешном лечении, исследователи установили, что в случаях монополярной депрессии долговременная психодинамическая терапия помогает лишь эпизодически (APA, 1993; Prochaska, 1984). Ограничениям эффективности этого подхода могут способствовать две его особенности. Во-первых, депрессивные пациенты могут быть крайне пассивными и чувствовать себя слишком уставшими, чтобы полностью включиться в замысловатые терапевтические обсуждения. Во-вторых, они могут испытать разочарование и прекратить лечение слишком поспешно, если этот долговременный подход неспособен принести им быстрое облегчение, которого они всеми силами добиваются. В целом, психодинамическая терапия, по-видимому, помогает в наибольшей степени в случаях депрессии, которые явным образом включают в себя понесенную в детстве утрату или полученную в ранние годы психическую травму, долго сохраняющееся чувство опустошенности и повышенную требовательность к себе (перфекционизм) (Blatt, 1995; APA, 1993). Краткосрочная психодинамическая терапия демонстрирует лучшие успехи, чем долговременный подход (Jefferson & Greist, 1994).

<Вопросы для размышления. С какими видами проблем, связанных с переносом, могут встретиться психодинамические терапевты при лечении людей с депрессией?>

Сцены из современной жизни

Прозак — лучший друг собаки

В 1990-х годах популярность прозака и других родственных антидепрессантов достигла рекордной отметки. Многие клиницисты считают, что прозак прописывают слишком часто. Особое беспокойство у них вызывает то, что его используют дети, лица пожилого возраста и люди с относительно небольшими психологическими проблемами. Теперь у них появилась еще одна причина для беспокойства: прозак дают также *собакам* с расстройствами настроения или поведения (Millward, 1996). В статье, появившейся в 1996 году в журнале *Dogs Today* («Собаки сегодня»), Питер Невилл, эксперт в области поведения животных, описал собак, получающих прозак. Пойнтеру Джанни, который постоянно преследовал какие-то невидимые объекты, это лекарство было прописано с целью устранения невроза навязчивых состояний. Стаффордширскому терьеру Джорджу прозак давали для того, чтобы пресечь «постоянные яростные наскоки» на других собак. А английский бультерьер Генри вцеплялся в свою хозяйку всякий раз, когда той нужно было уйти из дома (Millward, 1996).

<Вопросы для размышления. Нет ли чего-то странного или неправильного в том, что на людях проверяют лекарства, которые затем дают животным? Какие иные методы лечения людей (психологические или медицинские) применяются к домашним животным? Уместно ли прописывать прозак беспокойным домашним животным?>

Поведенческий (бихевиористский) подход

Бихевиористы считают, что монополярную депрессию вызывают изменения в вознаграждениях и наказаниях, которые люди получают в своей жизни, и лечат депрессивных пациентов, помогая им выстроить более приемлемые модели подкрепления. Наиболее известное поведенческое объяснение и методика лечения были предложены психологом Питером Левинсоном (Lewinsohn et al., 1990, 1984).

<Привязанность и разлука. Указывая на связи между травмирующей разлукой в детстве и депрессией, психодинамические и другие клинические теоретики выражают беспокойство в отношении детей, которых возвращают их биологическим родителям, после того как они прожили долгое время с приемными родителями. В 1995 году «Малыш Ричард», как его называли во время судебных разбирательств, был отнят от своих приемных родителей и передан биологическим родителям после юридических баталий, которые продолжались в течение всех 4 лет его жизни.>

Поведенческие причины. Левинсон предполагает, что в жизни некоторых людей происходит уменьшение числа позитивных вознаграждений, в результате чего они совершают все меньше и меньше конструктивных действий. Это, в свою очередь, приводит их в состояние депрессии. Например, когда молодая женщина завершает обучение в колледже и начинает работать, она перестает получать вознаграждения, связанные с жизнью в студенческом сообществе; или же стареющий баскетболист может лишиться вознаграждений в виде высоких заработков и славы, утрачивая свою спортивную форму. Хотя многим людям удастся наполнить свою жизнь иными видами вознаграждений, некоторые теряют веру в свои силы. Позитивных эпизодов в их жизни становится еще меньше, а уменьшение вознаграждений приводит к очередному сокращению позитивных моделей поведения. Тем самым человек может двигаться по спирали, все более и более приближаясь к депрессии.

Левинсон обнаружил, что количество вознаграждений, получаемых человеком, действительно связано с возникновением или отсутствием депрессии. Субъекты с депрессией не только сообщают о меньшем количестве вознаграждений по сравнению с теми, кто ей не страдает, но когда число получаемых вознаграждений возрастает, улучшается и их настроение (Lewinsohn, Youngren & Grosscup, 1979).

Левинсон и другие бихевиористы полагают, что в этой нисходящей спирали особенно важное значение имеют *социальные* вознаграждения (Peterson, 1993; Lewinsohn et al., 1984). Исследования подтверждают, что депрессивные люди действительно получают меньше социальных вознаграждений, чем те, кто не страдает депрессией, и что когда улучшается их настроение, увеличивается и число их социальных вознаграждений. Хотя люди с депрессией иногда являются жертвами социальных обстоятельств, вполне возможно также, что их однообразные модели поведения и мрачное настроение способствуют снижению числа получаемых ими социальных вознаграждений (Davila et al., 1995; Segrin & Abramson, 1994).

Поведенческая терапия. Согласно предложенной Левинсоном бихевиористской методике лечения монополярной депрессии, терапевты стремятся к тому, чтобы жизнь их пациентов вновь наполнилась приятными событиями и видами деятельности, устраняют их депрессивные модели поведения и помогают им усовершенствовать свои социальные навыки (Lewinsohn et al., 1990, 1982; Teri & Lewinsohn, 1986).

Сначала терапевт определяет виды деятельности, которые доставляют пациенту радость, например, походы по магазинам или занятие фотографией, и побуждает человека составить недельный график таких действий. Исследования показывают, что если жизнь человека обогащается позитивными видами деятельности, это может действительно способствовать улучшению настроения (Leenstra, Ormel & Giel, 1995; Teri & Lewinsohn, 1986).

<Депрессия у пожилых людей. Старость может сопровождаться потерей здоровья, близких родственников и друзей, а также способности контролировать собственную жизнь. И психодинамические и поведенческие терапевты связывают такие потери с повышенным распространением депрессии, обнаруживаемым среди пожилых людей. Однако депрессия не является неизбежной спутницей старения.>

Затем терапевты пытаются устранить депрессивные модели поведения. Бихевиористы утверждают, что когда люди впадают в депрессию, их негативное поведение — жалобы, плач или самоуничижение — отдаляет от них окружающих, уменьшая возможность позитивного подкрепления. Чтобы изменить эту модель, терапевты стараются не замечать депрессивное поведение человека, обращая при этом внимание на конструктивные высказывания и действия и как-то вознаграждая их (Liberman & Raskin, 1971).

Наконец, Левинсон и другие терапевты бихевиористского направления обучают своих пациентов эффективным социальным навыкам. В одной из программ групповой терапии, получившей название *обучения личной эффективности*, участники группы работают друг с другом с целью совершенствования «экспрессивных» действий, таких как контакт глаз, выражение лица, интонация голоса и поза (Hersen et al., 1984; King et al., 1974).

По-видимому, бихевиористские приемы Левинсона помогают лишь в ограниченной степени, когда применяется только один из них. Например, в группе людей с депрессией, которым рекомендовали обогатить свою жизнь приятными видами деятельности, отмечалось не больше улучшений, чем в контрольной группе людей с депрессией, которым предлагали просто проследить за своими действиями (Hammen & Glass, 1975). Однако лечебные программы, которые сочетают в себе несколько поведенческих приемов, очевидно, помогают снять депрессивные симптомы, особенно

в случае легкой депрессии (Jacobson et al., 1996; Teri & Lewinson, 1986).

<Предотвращение депрессии у пожилых людей. Бихевиористы говорят, что людям следует наполнять свою жизнь приятными событиями, с тем чтобы хорошо себя чувствовать и избежать депрессии. Принимая это во внимание, в настоящее время пожилых людей стараются вовлекать во все большее число мероприятий — таких как Олимпийские игры для престарелых, — которые становятся источником значимых вознаграждений, стимуляции и удовлетворения.>

Крупным планом

Безрадостные новости для женщин

Женщинам, живущим в таких удаленных друг от друга местах, как Париж, Бейрут, Новая Зеландия и Соединенные Штаты, диагноз монополярной депрессии ставят по меньшей мере в два раза чаще, чем мужчинам (Joiner & Blalock, 1995; Weissman & Olfson, 1995). Кроме того, у женщин, по-видимому, депрессия случается в первый раз в более молодом возрасте, приступы носят более частый и продолжительный характер и лечение проходит менее успешно (Pajer, 1995; Weissman & Olfson, 1995). В чем же причина столь большого различия между полами в данной области? Выдвинуто несколько теорий (Blehar & Oren, 1995; Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1995; 1990. 1987):

1. Теория артефактов. Согласно этой теории, женщины и мужчины подвержены депрессии в равной степени, просто клиницистам не удается выявить депрессию у мужчин. Возможно, мужчины считают для себя менее социально приемлемым поступком признаться в депрессивных чувствах или обратиться к врачу. Возможно, женщины с депрессией демонстрируют более эмоциональные симптомы, такие как чувство тоски и плач, которые легко диагностировать, тогда как мужчины прячут свою депрессию за такими традиционно «маскулинными» симптомами, как гнев (Mirowsky & Ross, 1995).

Это объяснение не находит систематических подтверждений в исследованиях (Fennig & Schwartz & Bromet, 1994). Выясняется, что женщины в действительности стремятся или способны идентифицировать свои депрессивные симптомы и обратиться к врачу не в большей степени, чем мужчины (Nolen-Hoeksema, 1990; Amenson & Lewinson, 1981).

2. Гормональная теория. Другая теория утверждает, что у многих женщин депрессию вызывают гормональные изменения (Pajer, 1995; Parry, 1995). Биологическая жизнь женщины, начиная с раннего подросткового периода и вплоть до среднего возраста, отмечена частными изменениями в уровне содержания гормонов в организме. Половые различия в частоте возникновения депрессии приходятся на те же самые годы (Weissman & Olfson, 1995).

Однако маловероятно, что за высокий уровень депрессий у женщин ответственны одни лишь гормональные изменения. В периоды наступления половой зрелости, беременности и менопаузы происходят важные социальные и жизненные события. Кроме того, гормональные объяснения критикуют за их сексизм, поскольку они подразумевают, что физиология женщины таит в себе изъяны (Nolen-Hoeksema, 1990).

3. Теория качества жизни. Возможно, женщины в нашем обществе больше подвержены стрессу, чем мужчины. В среднем они чаще сталкиваются с нуждой, чаще работают в качестве прислуги, живут в худших жилищных условиях и подвергаются большей дискриминации, чем мужчины, — все эти факторы связывают с депрессией (Wu & DeMaris, 1996; Brems, 1995). Во многих семьях женщины выполняют непропорционально большую часть обязанностей по уходу за детьми и ведению домашнего хозяйства (Wu & DeMaris, 1996).

4. Теория отсутствия контроля. Согласно этой теории, женщины более предрасположены к депрессии потому, что они в меньшей степени контролируют свою жизнь. Фактически, исследования подтверждают, что в лабораторных условиях состояние выученной беспомощности у женщин возникает чаще, чем у мужчин (Le Unes, Nation & Turley, 1980).

В согласии с теорией отсутствия контроля было установлено, что когда человек, будь то мужчина или женщина, становится жертвой какого-то преступления, начиная от кражи и кончая изнасилованием, это обстоятельство часто вызывает чувство общей беспомощности и увеличивает количество симптомов депрессии. Женщины же в нашем обществе чаще, чем мужчины, становятся жертвами различных преступлений, в частности сексуальных нападений и жестокого обращения в детском возрасте (Andrews et al, 1995; Brems, 1995). Несмотря на эти корреляции, исследователям еще предстоит проверить данную идею с помощью надежных тестов (Nolen-Hoeksema,

1990, 1987).

5. Теория «самообвинений». Исследования показывают, что женщины чаще, чем мужчины, приписывают свои неудачи отсутствию способностей, а свои успехи объясняют везением — атрибутивный стиль, который также связывают с депрессией (Wolfe & Russianoff, 1997). Возможно, далеко не случайно, что эти гендерные различия в атрибуции начинают иметь место в подростковый период, примерно в то самое время, когда впервые отмечаются половые различия в депрессии (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1995).

Каждое из этих объяснений половых различий в монополярной депрессии дает пищу для размышлений. Каждое собрало достаточно доказательств, делающих его интересным, и в то же время имеется достаточно фактов, которые ему противоречат и потому вызывают сомнения в адекватности. Тем самым в настоящее время половые различия в депрессии остаются одним из наиболее обсуждаемых, но хуже всего понимаемых феноменов в клинической области.

<Толчком к написанию картины «Меланхолия (Лаура)» Эдварду Мунку послужили тяжелые приступы депрессии, которыми страдала его сестра.>

Когнитивный подход

Теоретики когнитивного направления считают, что люди с монополярной депрессией оценивают события в негативном ключе и что подобное восприятие ведет к депрессии. Поэтому когнитивные терапевты уделяют основное внимание мыслительным процессам этих личностей, а не их настроению. Двумя наиболее влиятельными когнитивными объяснениями депрессии являются теория выученной (приобретенной) беспомощности и теория аберрации мышления (негативная триада Бека).

Выученная беспомощность. Испытываемое больным чувство беспомощности отчетливо проявляется в следующем описании депрессии молодой женщины: *Мэри было 25 лет, и она только что приступила к учебе на последнем курсе колледжа... Когда ее попросили рассказать о том, какой была ее жизнь в последнее время, Мэри начала плакать. Рыдая, она сказала, что в течение последнего года или около того ей казалось, что она теряет способность контролировать свою жизнь и что недавние стрессы (возобновление учебы и трения с ее приятелем) вызвали у нее чувство страха и собственной никчемности. Из-за постепенного ухудшения зрения она была теперь вынуждена весь день носить очки. «Очки придают мне ужасный вид, — поведала она, — и теперь я редко смотрю людям в глаза». Кроме того, за последний год Мэри прибавила в весе 20 фунтов. Она находила себя толстой и непривлекательной. Временами она была почти уверена, что будь у нее достаточно денег для покупки контактных линз и времени для занятий спортом, она бы смогла избавиться от своей депрессии; в другие моменты ей казалось, что ничто уже не поможет... Мэри полагала, что деградация происходит и в других сферах ее жизни. Она перестала справляться с учебными нагрузками, и впервые за все время ей был назначен испытательный срок для устранения академической задолженности... В дополнение к неудовлетворенности собственной внешностью и страхам по поводу перспектив в учебе Мэри жаловалась на отсутствие друзей. Ее социальное окружение состояло исключительно из ее приятеля, с которым они вместе жили. Хотя порою эта связь вызывала у нее чувство почти невыносимого разочарования, она не находила в себе сил внести в нее какие-то изменения и пессимистически расценивала будущее. (Spitzer et al., 1983, p. 122-123)*

Мэри казалось, что она «теряет способность контролировать свою жизнь». Согласно психологу Мартину Селигману, подобное чувство беспомощности составляет центральное звено депрессии Мэри. С середины 1960-х годов Селигман разрабатывает теорию депрессии, получившую название теории выученной беспомощности (Seligman, 1992, 1975). Согласно ей, люди впадают в депрессию, когда им кажется, что (1) они больше не контролируют подкрепления в собственной жизни и (2) они сами несут ответственность за это состояние беспомощности.

Выученная беспомощность — основанное на прошлом опыте представление, что человек не контролирует свои подкрепления.

Теория Селигмана начала впервые обретать свою форму, когда он работал с подопытными собаками. В одном эксперименте он привязывал собак в аппарате, названном «гамаком», в котором они получали периодические удары, независимо от того, что делали. На следующий день каждую из собак помещали в ящик-челнок, ящик, разделенный посередине барьером, через который животное могло перепрыгнуть, чтобы оказаться на другой стороне (см. рис. 6.3). Селигман подвергал

ударам собак в ящике, ожидая, что они, подобно большинству других собак в этой ситуации, вскоре научатся избегать удара, перепрыгивая через барьер. Однако эти собаки оказались неспособными научиться чему-либо. Поволновавшись какое-то время, они просто «ложились, тихо скулили» и принимали удар.

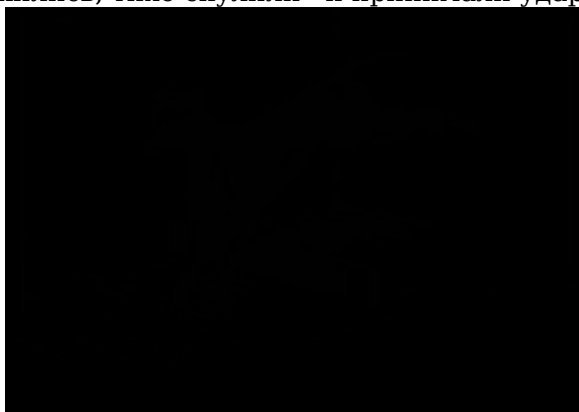


Рисунок 6.3. Спасительный прыжок. Экспериментальные животные научаются избегать ударов, которым они подвергаются в одном отсеке ящика, перепрыгивая на другую (безопасную) сторону барьера.

Селигман решил, что, получая днем раньше в «гамаке» удары, от которых было нельзя уклониться, собаки убеждались, что они не контролируют неприятные подкрепления (удары) в собственной жизни. Поэтому когда их затем помещали в новую ситуацию (ящик-челнок), где они в действительности могли влиять на свою судьбу, собаки продолжали считать себя в целом беспомощными. Селигман заметил, что свойства выученной беспомощности очень напоминают симптомы депрессии у людей, и предположил, что люди впадают в депрессию после того, как приходят к выводу, что они не контролируют подкрепления в собственной жизни.

В исследованиях, проводимых и на людях, и на животных, испытуемые, которых заставляют поверить в собственную беспомощность, демонстрируют реакции, схожие с депрессией. Например, когда испытуемые люди получали неконтролируемые негативные подкрепления, они затем оценивали свое депрессивное настроение как более тяжелое, по сравнению с другими испытуемыми (Miller & Seligman, 1975). Подопытные животные, которых вводят в состояние беспомощности, теряют интерес к половой и социальной деятельности, подобно тому как люди с депрессией часто становятся пассивными и замкнутыми (Lindner, 1968). Наконец, неконтролируемые негативные события приводят к понижению активности норэпинефрина и серотонина у крыс (Neumaier et al., 1997; Weiss, Glazer & Pohorecky, 1976, 1974). Нет сомнений, что эти данные аналогичны изменению активности нейротрансмиттеров в головном мозге, обнаруживаемому у людей с монополярной депрессией.

В последние двадцать лет объяснение депрессии с позиции выученной беспомощности было несколько пересмотрено. Согласно новой версии этой теории, когда люди считают, что события находятся вне их контроля, они задают себе вопрос, почему это происходит (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Если они приписывают это отсутствию контроля какой-то внутренней причине, которая носит одновременно и глобальный и устойчивый характер («Я ни на что не гоюсь и таким останусь навсегда»), то легко могут посчитать себя неспособными предотвратить будущие негативные события и впасть в депрессию. Если же они делают атрибуции иного рода, тогда эта реакция маловероятна.

Атрибуция — объяснение определенными причинами того, что вокруг нас происходит.

Рассмотрим случай со студентом колледжа, которого бросила его девушка. Если он объясняет эту потерю контроля какой-то внутренней причиной, которая одновременно и глобальна, и устойчива — «Это моя вина [внутренняя]; я порчу все, к чему прикасаюсь [глобальная], и так будет всегда [устойчивая]», — тогда он имеет основания опасаться потери контроля в будущем и может испытывать общее чувство беспомощности. Согласно теории выученной беспомощности, ему почти уготована депрессия. Если же студент объясняет разрыв отношений причинами, которые являются более конкретными («Наши отношения прервались потому, что я отвратительно вел себя последнюю пару недель»), неустойчивыми («Обычно я так не поступаю») или внешними («Она не знает, что ей нужно»), он, вероятно, не станет опасаться новой потери контроля и не испытает чувства беспомощности и депрессии.

Сотни исследований подтверждают связь между стилями атрибуции, беспомощностью и депрессией (Kinderman & Bentall, 1997). В одном исследовании людей с депрессией просили заполнить *Опросник атрибутивных стилей* (Attributional Style Questionnaire) как до успешной терапии, так и после нее. До терапии их депрессия сопровождалась внутренними, устойчивыми и глобальными формами атрибуции. В конце лечения состояние пациентов улучшилось, а их стили атрибуции стали менее внутренними, устойчивыми и глобальными (Seligman et al., 1988).

Стоит заметить, что в последние годы некоторые теоретики внесли в модель беспомощности еще ряд поправок. Они предполагают, что атрибуции, скорее всего, вызывают депрессию только в том случае, когда они в дальнейшем порождают у людей чувство *безнадежности* (Alloy et al., 1990; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Принимая во внимание этот фактор, клиницисты часто оказываются способны предсказать депрессию с еще большей точностью (Waiker & Craske, 1997). Несмотря на то, что модель выученной беспомощности, объясняющая монополярную депрессию, многообещающа и широко применяется, она также оставляет ряд неразрешенных проблем. Во-первых, лабораторная беспомощность не является полным соответствием депрессии. К примеру, неконтролируемые удары в лаборатории почти обязательно вызывают тревогу наряду с эффектами беспомощности (Seligman, 1975), у людей же депрессия не всегда сопровождается тревогой. Во-вторых, значительная часть исследований выученной беспомощности опирается на опыты с подопытными животными. Невозможно определить, отражают ли в действительности симптомы у животных клиническую депрессию, наблюдаемую у людей. Наконец, атрибутивный характер этой теории порождает ряд трудных вопросов. Как быть с собаками и крысами, которые почувствовали себя беспомощными? Могут ли животные делать атрибуции, хотя бы скрытые?

<Вопросы для размышления. Многие комедийные актеры сообщают, что им приходилось бороться с депрессией. Не заложено ли в актерской профессии чего-то такого, что может ухудшать их настроение? Нет ли в состоянии депрессии чего-то такого, что делает мышление комиков более гибким или позволяет им более умело забавлять публику?>

Негативное мышление. Как и Селигман, Аарон Бек полагает, что основой депрессии является негативное мышление. Однако Бек акцентирует внимание на ключевых признаках клинического синдрома, неадекватных когнициях, составляющих так называемую когнитивную депрессивную триаду — ошибки в восприятии ситуации, себя и будущего, автоматических мыслях и ошибках в мышлении (Beck, 1997, 1991, 1967; Young, Beck & Weinberger, 1993).

Согласно Беку, у некоторых людей в детском возрасте формируются *установки на (собственную) неадекватность*, например, человек может рассуждать следующим образом: «Мои достоинства зависят целиком от того, насколько успешно я справлюсь с тем или иным заданием» и «Если я потерплю неудачу, другие почувствуют ко мне отвращение». В насыщенной, активной жизни многих неудач просто нельзя избежать, поэтому, придерживаясь подобных установок, человек сам себе вредит (Young et al., 1993; Beck et al., 1990).

Бек утверждает, что неприятные ситуации, возникающие в жизни этих людей в дальнейшем, провоцируют длительный цикл негативного мышления. Как правило, такое мышление распространяется на три области, почему и названо когнитивной триадой: люди раз за разом оценивают (1) свой опыт, (2) самих себя и (3) свое будущее в негативном ключе, в результате чего они начинают испытывать депрессию. То есть люди с депрессией интерпретируют свой опыт как бремя, которое является постоянной причиной их поражений или лишений. Они считают себя нежеланными, никчемными и некомпетентными. Будущее видится им безрадостным. Когнитивная триада отчетливо проявлена в мышлении женщины, страдающей депрессией:

Это для меня невыносимо. Я не могу примириться с унижительным фактом, что я — единственная женщина в мире, которая неспособна позаботиться о своей семье, стать настоящей женой и матерью и завоевать уважение своих соседей и знакомых. Когда я разговариваю со своим сыном Билли, то знаю, что не сделаю ему ничего плохого, но я чувствую себя такой неподготовленной к тому, чтобы позаботиться о нем; вот что меня страшит. Я не знаю, что делать и какой путь выбрать; все настолько трудно... должно быть, я выгляжу настоящим посмешищем. Выйти из дома и повидаться с людьми выше моих сил, поскольку все мои недостатки сразу же станут видны. (Fieve, 1975)

Согласно Беку, депрессивные люди, кроме того, допускают *ошибки в своем*

мышлении. Одна из распространенных логических ошибок состоит в том, что они делают *произвольные выводы* — негативные заключения, имеющие под собой мало оснований. Например, идущий по парку человек проходит мимо женщины, которая смотрит на растущие рядом цветы, и делает заключение: «Она отворачивается от меня». Кроме того, депрессивные люди часто *преуменьшают* значимость позитивного опыта или *преувеличивают* значимость негативных событий. К примеру, студентка колледжа получает высокую оценку на трудном экзамене по английскому языку, но делает вывод, что оценка отражает великодушие преподавателя, а не ее собственные способности (преуменьшение). Через несколько дней той же студентке приходится пропустить семинар по английскому, и она приходит к убеждению, что не сможет наверстать упущенное за оставшуюся часть семестра (преувеличение).

Когнитивная триада — три направления негативного мышления, которые, согласно Аарону Беку, приводят людей в состояние депрессии. Эта триада включает в себя негативную оценку своего опыта, самого себя и своего будущего.

Наконец, у людей с депрессией возникают автоматические мысли, устойчивая цепочка неприятных мыслей, которые продолжают напоминать им, что они некомпетентны, а их ситуация безнадежна. Бек называет эти мысли «автоматическими», потому что они, по-видимому, возникают сами собой, как бы рефлекторно. В течение всего лишь нескольких часов депрессивных людей могут посещать сотни подобных мыслей: «Я — никчемная личность... Я всех подвожу... Все меня ненавидят... Я не справляюсь со своими обязанностями... Я — плохой родитель... Я глуп... Все дается мне с трудом... В моей жизни не произойдет никаких изменений».

Автоматические мысли — неприятные мысли, которые возникают у человека, способствуя возникновению или сохранению депрессии, тревоги или других видов психологической дисфункции.

Объяснение Бека получило весомую исследовательскую поддержку. Ряд исследований подтвердил, что депрессивные люди придерживаются неадекватных установок и что чем больше у них таких установок, тем тяжелее их депрессия (Whisman & McGarvey, 1995; Garber, Weiss & Shanley, 1993). В другом исследовании установлено, что у депрессивных людей наличествует когнитивная триада (Cole & Turner, 1993). В многочисленных исследованиях лица с депрессией припоминали неприятные жизненные ситуации с большей легкостью, чем позитивные события, оценивали себя ниже, чем люди, не подверженные депрессии, и выбирали пессимистические высказывания в описательных тестах (например, «Я ожидаю, что мои планы расстроятся»).

Гипотезы Бека, касающиеся логических ошибок, также получили подтверждение в лабораторных исследованиях (Cole & Turner, 1993; Yost, Cook & Peterson, 1986). В одном эксперименте испытуемых женщин просили прочитать тексты о женщинах, оказавшихся в трудных ситуациях, и прокомментировать их. Испытуемые с депрессией сделали в своих комментариях больше логических ошибок (таких как произвольный вывод или преувеличение), чем испытуемые, не страдавшие депрессией (Hammen & Krantz, 1976).

Наконец, исследования подтверждают предположение Бека о связи между автоматическими мыслями и депрессией (Philpot, Holliman & Madona, 1995; Garber et al., 1993). В одном исследовании у испытуемых без депрессии, которых с помощью хитрости заставляли читать негативные высказывания о собственной личности, напоминавшие автоматические мысли, появлялось все больше и больше признаков депрессии (Strickland, Hale & Anderson, 1975).

Эта серия исследований свидетельствует о том, что негативное мышление действительно связано с депрессией, но она неспособна продемонстрировать, что подобные модели мышления являются причиной и ключевым элементом монополярной депрессии. Не исключено, что основополагающая проблема с настроением вызывает трудности в мыслительной сфере, которые затем еще больше расстраивают настроение, поведение и физиологию.

<«Сами по себе вещи не бывают ни хорошими, ни дурными, а только в нашей оценке».
— Шекспир, «Гамлет»>

Когнитивная терапия. Основной когнитивный метод лечения монополярной депрессии был разработан Беком. Он призван помочь пациентам распознать негативные мыслительные процессы и внести в них изменения, тем самым улучшив настроение и поведение людей (Beck, 1997, 1985, 1967). Лечение, которое обычно требует менее двадцати сеансов, аналогично рационально-эмотивной терапии Алберта Эллиса (Ellis), но видоизменено с учетом специфических мыслительных ошибок,

обнаруживаемых при депрессии. Подход Бека включает в себя четыре фазы:
Фаза 1. Повышение активности и настроения. Используя поведенческие приемы, закладывающие основу когнитивной терапии, терапевты сначала побуждают пациентов проявлять больше активности. В ходе каждого сеанса пациенты посвящают определенное время составлению подробного почасового графика своих действий на предстоящей неделе (см. рис. 6.4). Предполагается, что по мере того, как от недели к неделе они будут проявлять все больше активности, улучшится и их настроение.

	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг
09-10		Поход в продуктовый магазин	Посещение музея	Подготовка к выходу из дома
10-11		- // -	- // -	Поездка на автомобиле на прием к врачу
11-12	Прием у врача	Звонок другу	- // -	Прием у врача
12-13	Ленч	Ленч	Ленч в музее	
13-14	Возвращение на автомобиле домой	Уборка гостинной	Возвращение на автомобиле домой	
14-15	Чтение романа	- // -	Стирка	
15-16	Уборка спальни	Чтение романа	- // -	
16-17	Просмотр телепередач	Просмотр телепередач	Просмотр телепередач	
17-18	Приготовление обеда	Приготовление обеда	Приготовление обеда	
18-19	Обед с семьей	Обед с семьей	Обед с семьей	
19-20	Уборка кухни	Уборка кухни	Уборка кухни	
20-00	Просмотр телепередач, чтение романа, сон	Просмотр телепередач, чтение романа, сон	Просмотр телепередач, чтение романа, сон	

Рисунок 6.4. Повышение активности. На ранних этапах лечения депрессии методом когнитивной терапии пациент и терапевт составляют график активных действий, подобный приведенному. Особо оговариваются такие простые виды деятельности, как просмотр телепередач и звонки друзьям. (Beck et al., 1979, p. 122.)

Фаза 2. Устранение автоматических мыслей. Как только люди становятся более активными и чувствуют, что их депрессия начинает проходить, когнитивные терапевты помогают им справиться с их негативными автоматическими мыслями. Пациентов учат распознавать и регистрировать негативные автоматические мысли, когда те появляются. Затем, на одном сеансе за другим, терапевт и пациент оценивают реалии, стоящие за этими мыслями, и часто приходят к выводу, что последние безосновательны.

Фаза 3. Идентификация негативного мышления и его абсолютизации. По мере того как люди начинают видеть изъяны в своих автоматических мыслях, когнитивный терапевт показывает им, каким образом процессы нелогичного мышления способствуют этим мыслям. Терапевты также дают пациентам возможность увидеть, что почти все их интерпретации событий отличаются выраженной негативной субъективной оценкой, и помогают им изменить эту манеру интерпретации.

Фаза 4. Изменение первичных установок. Терапевты помогают людям изменить неадекватные установки, которые и лежат в основе их депрессии. В качестве составной части этого процесса терапевты часто побуждают пациентов сопоставить свои установки с реальностью, как это имело место в нижеследующей терапевтической беседе:

Терапевт: На чем вы основываете свое убеждение, что не можете быть счастливы без мужчины?

Пациентка: В течение полугода, когда у меня не было мужчины, я пребывала в тяжелой депрессии.

Терапевт: Не могла ли ваша депрессия быть вызвана иной причиной?

Пациентка: Как мы уже с вами обсуждали, я видела все в искаженном свете. Но я по-прежнему не знаю, могла ли я быть счастлива, если бы мной никто не интересовался.

Терапевт: Я тоже не знаю. Не можем ли мы это как-то выяснить?

Пациентка: Ну в качестве эксперимента я могла бы не встречаться ни с кем какое-то время, чтобы посмотреть, как я себя буду чувствовать.

Терапевт: Я думаю, это отличная идея. Хотя у экспериментального метода есть свои недостатки, в настоящее время он по-прежнему является самым надежным способом установления фактов. Очень хорошо, что вы готовы пойти на подобный эксперимент. Теперь впервые в своей взрослой жизни вы не будете привязаны к мужчине. Если вы обнаружите, что можете быть счастливой без мужчины, это сделает вас намного более сильной, а также повлияет благотворным образом на ваши отношения в будущем. (Beck et al., 1979, p. 253-254)

Буквально сотни исследований, проведенных за прошедшие три десятилетия, показали, что когнитивная терапия помогает в случае депрессии. В состоянии депрессивных людей, которых лечат этим терапевтическим методом, происходят намного более заметные улучшения, чем у тех, кто получает плацебо или вообще не лечится (Beck, 1997, 1991; Hollon & Beck, 1994). Примерно у 50-60% отмечается полное исчезновение симптомов. Ввиду этих убедительных исследовательских подтверждений все больше терапевтов начинают следовать когнитивному подходу (Hollon et al., 1993).

<Вопросы для размышления. Друзья и члены семьи пытаются, с ограниченным успехом, убедить людей с депрессией, что их пессимистический взгляд на происходящее ошибочен. В чем отличие успешного когнитивного подхода при лечении монополярной депрессии от подобных дружеских внушений?>

Сцены из современной жизни

Депрессия, политика и общественное мнение

Когда в 1972 году Джордж Мак-Говерн баллотировался на пост президента США, просочились сведения, что кандидат в вице-президенты от его партии сенатор Томас Иглтон (внизу, слева) однажды страдал депрессией и подвергался электросудорожной терапии. Эти новости, а также тот факт, что Иглтон, возможно, пытался скрыть свои прошлые проблемы, привели к снятию Иглтоном своей кандидатуры, что, несомненно, способствовало сокрушительному поражению Мак-Говерна.

Похожий случай произошел в 1996 году. Когда генерала Колина Пауэлла хотели выдвинуть кандидатом в президенты, появились слухи, что его жена Алма (вверху) ранее страдала депрессией. На пресс-конференции, объявив о своем решении не баллотироваться, Пауэлл откровенно признался в том, что в прошлом у его жены действительно был депрессивный эпизод, рассказал о том, как ей помогло лечение антидепрессантами, и призвал всех людей с этой проблемой обращаться за помощью к врачу. Общество прореагировало на случившееся с восхищением и уважением. После этого популярность Пауэлла возросла.

<Вопросы для размышления. Свидетельствуют ли данные различия в реакции общества о том, что сегодня в нашем обществе депрессию воспринимают менее негативно, чем в недалеком прошлом? Если бы приступ депрессии был не у жены Колина Пауэлла, а у него самого, не была бы реакция общества более схожа с той, которая имело место в случае с сенатором Иглтоном? Не могут ли одни методы лечения (ЭСТ) считаться более постыдными, чем другие (когнитивная терапия или лечение антидепрессантами)?>

Социокультурный подход.

Теоретики, придерживающиеся социокультурных позиций, предполагают, что на депрессию может влиять социальная структура, в которой люди живут. Их взгляд подтверждается ранее обсуждавшимися данными, согласно которым это расстройство часто бывает вызвано внешними стрессорами. Вдобавок, исследователи обнаруживают связи между депрессией и такими факторами, как культурная среда, половая и расовая принадлежность, социальная поддержка.

Культурная среда и депрессия

С одной стороны, депрессия представляет собой интернациональный феномен: ей подвержены люди, живущие во всех странах и обществах (Chen, Rubin & Li, 1995). С другой стороны, точная картина депрессии изменяется от одной культурной среды к другой. К примеру, симптомы депрессии в развивающихся странах чаще включают в себя физические проявления, такие как усталость, слабость, расстройство сна и потеря веса (Manson & Good, 1993; Marsella, 1980). Депрессия в этих странах реже отмечена такими психологическими переживаниями, как самообвинения и чувство вины. Но по мере того как эти государства становятся похожими на западные, депрессия там начинает носить более психологический характер, который отличает ее на Западе.

<Вопросы для размышления. Почему в слаборазвитых странах депрессию чаще характеризуют физические симптомы, а на западе — психологические?>

Пол, раса и депрессия

Внутри определенного общества распространенность депрессии варьируется от одной подгруппы к другой. Как мы уже отмечали, распространенность депрессии среди женщин намного выше, чем среди мужчин. Согласно одной социокультурной теории, повышенная предрасположенность женщин к депрессии объясняется качеством их ролей в обществе.

Точно так же, хотя обнаружено немного различий в распространенности депрессии в целом между белыми американцами, афроамериканцами и латиноамериканцами (Weissman et al., 1991), иногда выявляются резкие различия, когда исследователи изучают распространенность депрессии в отдельных этнических группах, живущих в особых социальных условиях. Например, исследование одной индейской деревни в США показало, что в течение жизни рискуют подвергнуться депрессии 37% местных женщин, 17% мужчин и 28% жителей в целом, что много выше подобного риска для всего населения США (Kinzie et al., 1992). Многие социокультурные теории объясняют такую высокую распространенность депрессии тяжелым социальным и экономическим давлением, которое испытывают на себе люди, живущие в индейских резервациях.

Крупным планом

Печаль в самый счастливый период жизни

Обычно женщины полагают, что рождение ребенка будет для них счастливым событием. Но у 10-30% новоиспеченных матерей в первые недели и месяцы после родов появляются симптомы клинической депрессии (Nonacs & Cohen, 1998; Terry, Mayocchi & Hynes, 1996; Horowitz et al., 1995). Послеродовая депрессия начинается в течение четырех недель после рождения ребенка (APA, 1994) и отличается от простой «послеродовой меланхолии».

Послеродовая меланхолия настолько широко распространена — ее испытывают до 80% женщин, — что многие исследователи считают ее нормальным явлением. Когда женщины, только что ставшие матерями пытаются приспособиться к новой жизненной ситуации, связанной с нарушенным сном, дополнительным стрессом и эмоциональным истощением, у них могут отмечаться приступы плача, усталость, тревога, бессонница и тоскливое настроение. Обычно эти симптомы исчезают в течение десяти дней (Horowitz et al., 1995; Hopkins et al., 1984).

При послеродовой депрессии, однако, депрессивные симптомы продолжают иметь место и после десяти дней и могут сохраняться до года (Terry et al., 1996). Они включают в себя глубокую печаль, отчаяние, слезливость, бессонницу, тревогу, приступы страха и чувство собственной некомпетентности. Могут страдать также отношения между матерью и младенцем и здоровье ребенка.

Многие клиницисты полагают, что послеродовую депрессию вызывают гормональные изменения, сопровождающие рождение ребенка. Все женщины переживают своего рода состояние «отрешенности», когда уровни содержания в организме эстрогена и прогестерона, которые в период беременности превышают нормальный в 50 раз, резко понижаются до уровня намного ниже нормального (Horowitz et al., 1995). Уровни гормонов щитовидной железы, пролактина и кортизола, также меняются. Возможно, эти резкие гормональные изменения оказывают на некоторых женщин особенно ощутимое влияние (Horowitz et al., 1995).

В то же время в данном расстройстве могут играть важную роль психологические и социокультурные факторы. Рождение младенца связано с серьезными психологическими и социальными изменениями (Hopkins et al., 1984). Женщина, как правило, сталкивается с переменами в своих супружеских отношениях, повседневных обязанностях и других ролях, и ее ждут дальнейшие перемены, если она решает прервать свою профессиональную карьеру хотя бы на время. Возрастают финансовые трудности, а продолжительность сна и отдыха обычно снижается. Это накопление стрессовых факторов может повысить вероятность депрессии (Terry et al., 1996; Hobfoll et al., 1995). По-видимому, особая опасность грозит матерям, чьи младенцы болеют или отличаются капризным характером (Terry et al., 1996; Hopkins et al., 1984).

К счастью, большинству женщин с послеродовой депрессией может помочь медицина (Gilbert, 1996). Многие хорошо реагируют на те же самые подходы, которые используются при других формах монополярной депрессии — лечение антидепрессантами, когнитивную терапию, межличностную терапию или комбинацию этих подходов (Stowe et al., 1995).

Некоторые клиницисты в Великобритании дополняют обычный арсенал лечебных средств *эстрогеновым пластырем (estrogen patch)*: накладываемым на кожу пластырем, который насыщает эстрогеном кровь. В одном исследовании было установлено, что 80% женщин, носивших такой пластырь в течение трех месяцев, преодолели свою послеродовую депрессию (Gilbert, 1996; Gregoire et al, 1996). Однако многие женщины, которым могло бы помочь лечение, не обращаются к врачу, поскольку стыдятся своей печали в период, который, как считается, должен приносить одну радость (APA, 1994). С ними, а также с их супругами и близкими родственниками следует проводить активную просветительскую работу. Стрессовыми и травматическими могут быть даже позитивные события, если они связаны с серьезными изменениями в жизни человека. В интересах каждого признать подобные неприятные переживания и уделить им повышенное внимание.

Социальная поддержка и депрессия

На вероятность возникновения депрессии, по-видимому, влияет доступность социальной поддержки (Tamplin et al, 1998; Champion & Power, 1995). В США среди людей, живущих отдельно со своим супругом, или разведенных, распространенность депрессии в три раза выше, чем среди женатых или вдовствующих, и в два раза выше, чем среди людей, никогда не состоявших в браке (Weissman et al, 1991) (см. рис. 6.5). В некоторых случаях депрессия одного из супругов может стать одной из причин раздельного проживания семьи или развода (Beach, Sandeen & O'Leary, 1990). Однако намного чаще наблюдается обратная картина: депрессии способствуют повышенная конфликтность и малая социальная поддержка, связанные с неблагополучными семейными отношениями (Bruce & Kim, 1992; Barnett & Gotlib, 1990).

	Процент людей с тяжелой депрессией, %
Женатые	2,1
Вдовцы	2,1
Никогда не состоявшие в браке	2,8
Живущие раздельно / разведенные	6,3

Рисунок 6.5. Семейное положение и тяжелое депрессивное расстройство. У людей, живущих раздельно со своим супругом или разведенных, депрессия бывает в три раза чаще, чем у женатых людей. (Weissman et al, 1991.)

Люди, живущие обособленно и лишенные любви и тепла, по-видимому, особенно предрасположены к депрессии в периоды стресса (Paykel & Cooper, 1992). Ряд широко освещавшихся исследований, которые проводились в Англии несколько десятилетий назад, показал, что женщины, воспитывающие трех детей или более, не имеющие близкой подруги и не занятые на работе вне дома, чаще, чем другие женщины, впадают в депрессию после того, как в их жизни имели место какие-то стрессовые события (Brown, 1988; Brown & Harris, 1978). Исследования также показывают, что у людей, лишенных социальной поддержки, депрессия длится дольше, чем у тех, рядом с кем есть готовый помочь супруг или верные друзья (Goodbyer et al., 1997; Sherbourne, Hays & Wells, 1995).

Социокультурная терапия

Наиболее эффективными социокультурными подходами при лечении монополярной депрессии являются *межличностная психотерапия* и *супружеская терапия*. Приемы, используемые в этих видах лечения, часто заимствованы из других моделей, по в данном случае они применяются с целью помочь людям преодолеть социальные трудности, которые могут лежать в основе их депрессии.

Межличностная психотерапия. Метод лечения, разработанный в 1980-е годы клиническими исследователями Геральдом Клерманом и Мирной Вайсман. Межличностная психотерапия (IPT) утверждает, что к депрессии может приводить и должна быть учтена любая из четырех межличностных проблемных областей: межличностная утрата, межличностный ролевой конфликт, межличностный ролевой переход (сдвиг) и межличностный дефицит (Klerman & Weissman, 1992; Klerman et al., 1984). IPT-терапевты исследуют эти области в течение лечебного курса, состоящего примерно из 16 сеансов.

Межличностная психотерапия — метод лечения монополярной депрессии, основанный на предположении, что выздоровлению способствует прояснение и устранение межличностных проблем пациента.

Во-первых, люди с депрессией могут, как предполагают психодинамические теоретики, тяжело переживать *межличностную утрату*, потерю значимого, любимого человека. В подобных случаях ИРТ-терапевты побуждают пациентов проанализировать свои отношения с человеком, которого они потеряли, и излить накопившиеся гневные чувства в его адрес. В конце концов пациенты начинают по-новому оценивать потерю, а также пытаются завязать новые отношения с другими людьми.

Во-вторых, люди с депрессией часто оказываются участниками *межличностного ролевого конфликта*. Ролевые конфликты проявляются в том случае, когда два человека имеют разные ожидания, касающиеся их отношений и роли, которую должен играть каждый из них. ИРТ-терапевты помогают пациентам изучить все ролевые конфликты, участниками которых те могут быть, и разрешить их.

Люди с депрессией могут также сталкиваться с *межличностным ролевым сдвигом*, вызываемым серьезными жизненными переменами, такими как развод или рождение ребенка. Они могут чувствовать себя неспособными справиться с ролевыми изменениями, которые сопровождают эти жизненные перемены (см. рис. 6.6). В подобных случаях ИРТ-терапевты помогают пациентам обрести социальную поддержку и овладеть навыками, которые необходимы для исполнения новых ролей.

	Процент родителей, которые ведут себя подобным образом каждый день	
	Недепрессивные родители, %	Депрессивные родители, %
Играют с ребенком	87	72
Обнимают и ласкают ребенка	90	80
Читают ребенку	43	27
Поют или музицируют с ребенком	61	54
Следуют заведенному порядку в отношениях (напр., укладывают спать в одно и то же время)	58	31
Обижаются на ребенка	64	78
Кричат на ребенка	34	51

Рисунок 6.6. Отношения между депрессивными родителями и их детьми.

Депрессивные родители реже, чем недепрессивные, ежедневно играют со своими маленькими детьми, обнимают их, читают и поют им или следуют в отношениях с ними какому-то заведенному порядку. Кроме того, они чаще сердятся на своих детей. (Princeton Survey Research Associates, 1996.)

Наконец, некоторых людей с депрессией отличает *межличностный дефицит*, например, повышенная застенчивость или неумение вести себя в обществе, который не позволяет им завязать близкие отношения. ИРТ-терапевты могут помочь таким людям увидеть свои недостатки, а также привить им социальные навыки и уверенность в собственных силах с целью повышения их социальной эффективности.

<Психологические заметки. Согласно опросу, проведенному недавно в Австралии, клиницисты полагают, что психотерапия и антидепрессанты помогают людям с депрессией больше, чем другие виды вмешательства. Население же в целом больше рассчитывает на помощь членов семьи, близких друзей и на витамины (Jorm et al., 1997).>

В приведенной ниже беседе терапевт призывает страдающего депрессией мужчину понять, какое впечатление производит на окружающих его поведение:

Пациент: (После долгой паузы; глаза опущены, печальное выражение лица, согбенная поза) Люди постоянно надо мной насмеваются. Мне кажется, я отношусь к тому типу людей, которым уготована одинокая жизнь, будь она проклята. (Тяжелый вздох)

Терапевт: Не можете ли вы повторить это еще раз?

Пациент: Что?

Терапевт: Вздох. Только пусть он будет чуть более глубоким.

Пациент: Зачем? (Пауза) Ладно, но я не понимаю зачем... ладно. (Пациент вздыхает еще раз и улыбается)

Терапевт: Прекрасно, на этот раз вы улыбнулись, но обычно, когда вы вздыхаете и

выглядите таким печальным, мне кажется, что будет лучше, если я оставлю вас наедине с вашим горем, что мне следует быть очень осторожным и не лезть к вам в душу, чтобы не причинить вам дополнительных огорчений.

Пациент: (С нотками гнева в голосе) Прощу прощения! Я лишь пытался объяснить вам, что я испытываю.

Терапевт: Я знаю, что вам очень плохо, но также вижу, что вы держите меня на расстоянии, и у меня нет возможности установить с вами контакт.

Пациент: (Медленно) Я чувствую себя очень одиноким, мне кажется, что даже вам нет до меня дела — что вы насмехаетесь надо мной.

Терапевт: Интересно, не следует ли подвергнуть этому тесту и других людей? (Young & Beier, 1984, p. 270)

Ряд исследований показывает, что IPT и родственные межличностные подходы являются эффективными методами лечения монополярной депрессии (Stuart & O'Nara, 1995; Elkin, 1994). Согласно этим исследованиям, болезненные симптомы почти полностью исчезали у 50-60% людей с депрессией, которых лечили с помощью IPT, — результат, схожий с тем, который дает лечение антидепрессантами или когнитивная терапия. IPT считается особенно полезной при лечении людей, пытающихся разрешить социальные конфликты или сталкивающихся с переменами в своей профессиональной карьере или социальных ролях (APA, 1993).

Супружеская терапия. Как мы видели ранее, депрессия часто бывает связана с разладом супружеской жизни, и выздоровление может протекать медленнее у тех, рядом с кем нет готового помочь супруга (Brace & Kim, 1992). Фактически, в дисфункциональных отношениях могут находиться до половины всех депрессивных пациентов. Поэтому неудивительно, что во многих случаях депрессии прибегают к терапии супружеских пар, подходу, при котором терапевт работает с двумя людьми, находящимися в близких отношениях.

Супружеская терапия — терапевтический подход, при котором терапевт работает с двумя людьми, находящимися в близких отношениях.

Терапевты, использующие метод *поведенческой супружеской терапии*, помогают супругам изменить неадекватные модели поведения в браке, обучая их конкретным навыкам коммуникации и решения проблем (см. главу 2) (Lebow & Gurman, 1995). Исследования позволяют предположить, что этот и подобные подходы могут быть так же эффективны при снятии депрессии, как индивидуальная когнитивная терапия, межличностная психотерапия или медикаментозное лечение, в том случае, когда брачная жизнь человека осложнена конфликтами (Bausom et al, 1998; Teichman et al., 1995). Вдобавок, подобные пациенты чаще испытывают большее удовлетворение от своей супружеской жизни после лечения, чем те, кто подвергается индивидуальной терапии.

Резюме

Каждая из ведущих моделей предлагает объяснение и методику лечения монополярной депрессии. Наибольшее подтверждение в исследованиях находят биологический, когнитивный и социокультурный подходы.

Биологический подход. При депрессии определенную роль, по-видимому, играет низкая активность двух нейротрансмиттеров, норадреналина и серотонина. Может ей способствовать и аномальное функционирование некоторых гормонов, таких как кортизол и мелатонин. Подобные биологические проблемы могут быть связаны с генетическими факторами.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является эффективным и быстродействующим, хотя и спорным методом лечения монополярной депрессии. Другими эффективными лечебными средствами являются три вида антидепрессантов — ингибиторы МАО, трициклические антидепрессанты и антидепрессанты второго поколения, а медикаментозная терапия находит широкое применение.

Психодинамический подход. Согласно психодинамической теории, некоторые люди, которые переживают реальную или воображаемую утрату, могут регрессировать к более ранней стадии развития, мысленно связывая себя с человеком, которого они потеряли, и впадать в депрессию. Психодинамические терапевты пытаются помочь людям с монополярной депрессией осознать свою утрату и чрезмерную зависимость от окружающих и проделать определенную работу по преодолению своих слабостей.

Поведенческий подход. Согласно бихевиористской точке зрения, когда люди начинают получать намного меньше позитивных вознаграждений, возрастает вероятность того, что они впадут в депрессию. Поведенческие терапевты вновь знакомят пациентов с событиями и видами деятельности, которые когда-то

доставляли пациентам радость, вознаграждают недепрессивные модели поведения и обучают эффективным навыкам общения.

Когнитивный подход. Согласно теории выученной беспомощности, люди впадают в депрессию, когда они считают, что потеряли контроль над подкреплениями в своей жизни и когда они объясняют эту потерю внутренними, глобальными и устойчивыми причинами. Согласно теории негативного мышления Бека, монополярной депрессии способствуют неадекватные иррациональные установки, когнитивная триада Бека, ошибки в мышлении и автоматические мысли.

Когнитивная терапия депрессии помогает людям расширить диапазон своей деятельности, бросить вызов автоматическим мыслям, идентифицировать свое негативное мышление и тенденциозность и изменить свои установки.

Социокультурный подход. Социокультурные теоретики указывают на более широкие социальные факторы, которые способствуют депрессии, включая стрессоры, культурные факторы, половую и расовую принадлежность и непосредственное социальное окружение.

Межличностная психотерапия (ИРТ) занимается межличностными проблемными областями депрессии, такими как межличностная утрата, межличностный ролевой конфликт, межличностный ролевой переход (сдвиг) и межличностный дефицит.

Супружеская терапия может помочь в тех случаях, когда депрессия связана с неблагополучными близкими отношениями.

Биполярные расстройства.

У людей с биполярным расстройством отмечаются как заметные ухудшения настроения (депрессия), так и его резкие подъемы (мания). Многие из них сравнивают свою эмоциональную жизнь с катанием на «американских горах». Их настроение колеблется между двумя крайностями. Это катание па «американских горах» и его влияние на родственников и друзей видны в следующем описании:

В первые годы обучения в колледже он прекрасно успевал и проявил способности в акварельной и масляной живописи. Позже он изучал изобразительное искусство в Париже и женился на английской девушке, с которой там познакомился. В конце концов они поселились в Лондоне.

Спустя десять лет, когда ему было 34 года, он уговорил свою жену и единственного сына сопровождать его в Гонолулу где, как он их заверял, его ждет слава. Ему казалось, что он сможет продавать сам свои картины намного дороже, чем в Лондоне. По словам его жены, он находился в приподнятом состоянии, но в то время семья ничего не подозревала, веря вместе с пациентом в то, что они скоро разбогатеют. Когда они прибыли на место, то выяснилось, что он не знает практически никого из тамошних представителей мира искусства. На Гавайях у него не оказалось связей, необходимых для продажи картин и заключения контрактов, на которые он так рассчитывал. Устроившись на новом месте, пациент начал вести себя более странно, чем обычно. По прошествии нескольких месяцев, в течение которых пациент находился в приподнятом настроении, был чрезвычайно активен, заметно похудел, постоянно разговаривал и невероятно мало спал, молодая жена и сын начали тревожиться за его рассудок. Ни один из его планов не удавался. После пяти месяцев жизни на Тихом океане, когда финансы семьи начали истощаться, активность пациента прошла и он впал в депрессию. В этот период он отказывался передвигаться, писать картины и выходить на улицу. Он потерял в весе 20 фунтов, стал полностью зависимым от жены и не хотел видеть никого из своих знакомых, которых успел приобрести, находясь в маниакальном состоянии. Его подавленность стала настолько глубокой, что в дом несколько раз приглашали врачей, которые посоветовали поместить пациента в психиатрическую клинику. Он быстро согласился и прошел 12-сеансовый курс электрошоковой терапии, после чего его состояние улучшилось. Вскоре он снова стал писать, продавая часть своих работ. К нему начало приходить признание со стороны владельцев картинных галерей и критиков на Дальнем Востоке. В нескольких статьях его работы характеризовали как блестящие.

То было началом постоянных перепадов его настроения, продолжавшихся всю жизнь. В 1952 году все еще живя в Гонолулу, он снова впал в тяжелую депрессию... Четыре года спустя он вернулся в Лондон в состоянии эйфории... Когда этот маниакальный период прошел и пациент посмотрел критическим взглядом на свою жизнь, последовал восьмимесячный период нормального настроения, после которого его

снова охватила глубокая депрессия. (Fieve, 1975, p. 64-65)

Клиническая картина мании.

В отличие от постоянной тоски, сопровождающей депрессию, в маниакальном состоянии люди ощущают заметные и немотивированные подъемы настроения. Симптомы мании охватывают те же самые сферы функционирования — *эмоциональную, мотивационную, поведенческую, когнитивную и физическую*, что и симптомы депрессии, но мания оказывает на эти сферы противоположное действие. При мании человека переполняют бурные, сильные эмоции, которые ищут своего выхода. Настроение, отличающееся радостной эйфорией и чувством полного благополучия, переходит все границы, не соответствуя реальным событиям в жизни человека. Один человек в состоянии мании сказал следующее: «Мне кажется, ничто неспособно меня сдержать или смутить. Я не боюсь ничего и никого» (Fieve, 1975, p. 68). Однако не все люди с манией пребывают в состоянии блаженства. Некоторые становятся раздражительными и гневливыми — особенно когда другие мешают реализации их устремлений и планов.

Что касается мотивационной сферы, то людям с манией, по-видимому, необходимы постоянное возбуждение, участие в какой-то деятельности и дружеское общение. Они лихорадочно ищут новых друзей и добиваются встреч со старыми, у них появляются новые увлечения и происходит возврат к старым и они плохо сознают, что их манеры общения являются доминирующими и избыточными.

<Биполярный цикл. Несколько лет назад страдавшая биполярным аффективным расстройством актриса Пэтти Дьюк описала свою жизнь — взлеты и падения. До постановки точного диагноза и начала лечения у нее были неоднократные эпизоды суицидальной депрессии, перемежавшиеся эпизодами нормального настроения и мании.>

Поведение людей с манией обычно отличается повышенной активностью. Они быстро передвигаются, как будто им не хватает времени для осуществления всех своих желаний. Они могут быстро и громко говорить, их разговор переполняют шутки и попытки продемонстрировать свои умственные способности или, наоборот, жалобы и вспышки гнева. Их нередко отличает экстравагантное поведение: они могут носить яркие наряды, давать крупные суммы денег незнакомым людям или даже впутываться в какие-то опасные предприятия. Ряд подобных особенностей присутствует в речи Джо, адресованной двум полицейским, которые сопровождали его в психиатрическую больницу:

Вы похожи на пару сообразительных, бойких, трудолюбивых, честных и энергичных ребят, и я могу использовать вас в своем предприятии! Мне нужны надежные парни, не желающие упускать те огромные возможности, которые предлагает жизнь на этой планете! Все в ваших руках! Слишком много людей проходят мимо своего шанса, не слыша, как он стучится в дверь, потому что не умеют подловить момент и начать ковать железо, пока оно горячо! Вы должны схватить его, когда он появляется на поверхности, завладеть мячом и бежать! Вы должны быть решительными! Решительными! Решительными! Никаких колебаний! Попотейте! Да, попотейте ради своей цели! Вперед, вперед, вперед и вы свернете гору! А может, и две горы! Дело не в удаче! Черт, если бы не несчастье, не видать мне никакой удачи! Будьте самыми первыми среди самых-самых! Мой напор и ваш темперамент! Вот система! Я знаю, вы знаете, он, она или оно знают, что это единственный способ чего-то добиться! Сдвинь их с мертвой точки, малыш, а остальное сделает рычаг! Больше пользуйтесь головой и меньше — ногами! В чем дело? Кто эти парни? У вас есть здесь телефон и секретарша, которых я мог бы использовать побыстрее, если не поскорее? Все, что мне нужно, — это отдельный кабинет и междугородняя связь. (McNeil, 1967, p. 147)

Что касается когнитивной сферы, то людей с манией обычно отличают неточные суждения и плохое планирование своих действий; создается впечатление, что они пребывают в слишком благодушном состоянии или передвигаются черезчур быстро для того, чтобы заметить возможные ловушки. Преисполненные оптимизма, они редко прислушиваются к другим, когда те пытаются охладить их пыл или удержать их от новых дорогих покупок или неразумных денежных вложений. Кроме того, они могут быть слишком высокого мнения о собственной персоне, а иногда их самооценка приближается к мании величия (Silverstone & Hunt, 1992). Во время тяжелых маниакальных эпизодов некоторым бывает трудно сохранять правильные представления о реальности.

Наконец, в физической сфере люди с манией испытывают невероятный прилив энергии. Как правило, они помалу спят, но чувствуют себя бодрыми и проявляют

повышенную активность (Silverstone & Hunt, 1992). Даже если они не поспят ночь-другую, их энергетический уровень остается очень высоким.

Диагностика биполярных аффективных расстройств.

Считается, что у человека имеет место ярко выраженный *маниакальный эпизод*, если в течение по меньшей мере одной недели у него отмечается аномально приподнятое или раздраженное настроение, наряду с по меньшей мере тремя другими симптомами мании (см.: Контрольный перечень DSM-IV). Эпизод может включать в себя такие психотические проявления, как бред или галлюцинации. Когда симптомы мании носят менее тяжелый характер (вызывая незначительное ухудшение состояния), говорят, что у человека *гипоманиакальный эпизод* (APA, 1994).

DSM-IV различает два основных вида биполярных расстройств — биполярное расстройство I и II типа (см.: Контрольный перечень DSM-IV). У людей с биполярным расстройством I типа отмечаются ярко выраженные маниакальные и тяжелые депрессивные эпизоды. У большей части таких людей происходит чередование эпизодов; однако у некоторых бывают смешанные эпизоды, при которых в течение одного и того же дня маниакальные симптомы сменяются депрессивными. При биполярном расстройстве II типа гипоманиакальные — т. е. легкие маниакальные — эпизоды чередуются во времени с тяжелыми депрессивными эпизодами. В отсутствии лечения у людей с обоими видами расстройств маниакальные и депрессивные эпизоды, как правило, принимают хронический характер. Если в течение одного года у людей имеют место четыре или более эпизода расстройства настроения, их расстройством классифицируется как быстрая циркуляция (rapid cycling).

Биполярное расстройство I типа — вид биполярного расстройства, при котором у человека отмечаются ярко выраженные маниакальные и тяжелые депрессивные эпизоды.

Биполярное расстройство II типа — вид биполярного расстройства, при котором у человека отмечаются легкие маниакальные (гипоманиакальные) и тяжелые депрессивные эпизоды.

Исследования, проводимые по всему миру, показывают, что в тот или иной момент времени от биполярного расстройства страдают 1-1,5% всех взрослых людей (Bebington & Ramama, 1995; Kessler et al., 1994). Согласно большинству исследований, биполярные расстройства имеют одинаковую распространенность у женщин и мужчин и среди всех социально-экономических классов и этнических групп (APA, 1994; Wiessman et al., 1991). Расстройства обычно начинаются в возрасте от 15 до 44 лет.

Когда у человека отмечаются многочисленные периоды проявления гипоманиакальных и легких депрессивных симптомов, DSM-IV позволяет поставить диагноз циклотимия. Смягченные симптомы этой формы биполярного расстройства продолжают иметь место на протяжении двух лет или более, прерываясь время от времени периодами нормального настроения, которые длятся всего лишь несколько дней или недель. Это расстройство, подобно более тяжелым биполярным расстройствам I и II рода, обычно начинается в подростковом возрасте или в ранний период взрослой жизни и одинаково распространено среди женщин и мужчин. Циклотимией страдает по меньшей мере 0,4% всего населения (APA, 1994).

Циклотимия — расстройство, характеризующееся хронической нестабильностью настроения с многочисленными периодами легкой депрессии и легкой приподнятости.

<Психологические заметки. Георг Фридрих Гендель написал своего «Мессию» менее чем через месяц после маниакального эпизода (Roesch, 1991).>

Крупным планом

Кей Редфилд Джеймисон: «Беспокойный ум»

Кей Редфилд Джеймисон (Kay Redfield Jamison), одна из самых известных в мире исследователей и экспертов в области биполярных аффективных расстройств, недавно призналась в своей автобиографии «Беспокойный ум» (An Unquiet Mind) (1995, р. 4-8), что сама страдает от биполярного расстройства:

«Сколько себя помню, я всегда, пугающим, хотя порою и восхитительным образом, зависела от своего настроения. Крайне эмоциональная в детстве, очень непостоянная в молодости, впервые пережив тяжелую депрессию в подростковом возрасте, а затем находясь в плену неумолимых циклов маниакально-депрессивной болезни до того момента, когда началась моя профессиональная жизнь, я стала изучать проблему настроения как по необходимости, так и в силу своих интеллектуальных наклонностей. То был единственный известный мне способ попить, фактически

принять, болезнь, которая меня мучает; то был также единственный известный мне способ попытаться изменить жизнь других людей, которые также подвержены расстройствам настроения...

...Я не имею представления, как столь открытое обсуждение подобных вопросов скажется в дальнейшем на моей личной и профессиональной жизни, но, какими бы ни были последствия, это будет лучше, чем продолжать хранить молчание... одно из преимуществ человека, страдающего маниакально-депрессивной болезнью в течение более чем тридцати лет, состоит в том, что очень немногие трудности кажутся ему непреодолимыми».

Возможные причины биполярных аффективных расстройств.

В течение первой половины XX века исследователи биполярных расстройств узнали о болезни сравнительно немного. Но в последнее время в области биологии было сделано несколько многообещающих открытий, которые позволяют лучше понять эти расстройства. Данные открытия касаются *активности нейротрансмиттеров, активности иона натрия и генетических факторов.*

Нейротрансмиттеры

Если пониженная активность норэпинефрина способствует депрессии, не может ли его повышенная активность быть связана с манией? В ходе одного исследования действительно выяснилось, что уровень норэпинефрина у пациентов с манией выше, чем у депрессивных людей или испытуемых из контрольной группы (Post et al., 1980, 1978). В другом исследовании пациентам с биполярным аффективным расстройством давали резерпин, лекарство от гипертензии, понижающее активность норэпинефрина в головном мозге, и у некоторых удалось снять маниакальные симптомы (Telner et al., 1986).

Поскольку при депрессии активность серотонина часто коррелирует с активностью норэпинефрина, некоторые теоретики предположили, что мания также связана с высокой активностью серотонина, но подобной связи обнаружить не удалось. Наоборот, исследования показывают, что мания, как и депрессия, может быть связана с *низкой* активностью серотонина (Price, 199?). Возможно, что низкая активность серотонина создает предпосылки для расстройства настроения и *позволяет* активности норэпинефрина в головном мозге определять конкретную форму расстройства. Низкая активность серотонина, сопровождаемая низкой активностью норэпинефрина, может способствовать депрессии. Низкая активность серотонина, сопровождаемая высокой активностью норэпинефрина, может способствовать мании.

Активность иона натрия

По обеим сторонам клеточной мембраны каждого нейрона находятся положительно заряженные *ионы натрия*. Эти ионы играют решающую роль в передаче поступающих сигналов вдоль аксона к нервному окончанию (см. рис. 6.7). Когда нейрон находится в состоянии покоя, большая часть ионов натрия сконцентрирована на внешней стороне мембраны. Однако, когда приходящий сигнал вызывает возбуждение рецепторной зоны нейрона, ионы натрия перемещаются с внешней стороны мембраны на ее внутреннюю сторону. Это, в свою очередь, вызывает волну электрохимической активности, которая распространяется вдоль аксона и приводит к «срабатыванию» нейрона. После чего поток ионов калия, перемещающихся с внутренней стороны нейрона на его внешнюю сторону, помогает нейрону вернуться в первоначальное состояние покоя.



Рисунок 6.7. Ионы и «срабатывание» нейронов. Нейроны передают сигналы в форме электрических импульсов, которые распространяются вдоль аксона в направлении нервного окончания. Когда импульс распространяется вдоль аксона, ионы натрия (Na^+), которые находились до этого в состоянии покоя на внешней стороне мембраны нейрона, перемещаются на внутреннюю сторону, способствуя продвижению импульса по аксону. Как только ионы натрия переместились внутрь, ионы калия (K^+) начинают перемещаться наружу, выравнивая тем самым электрический потенциал мембраны и подготавливая нейрон к приему нового импульса. (Snyder, 1986, p. 7.)

Чтобы посылаемые головным мозгом сигналы были переданы без искажений, ионы натрия должны перемещаться вполне определенным образом в прямом и обратном направлении между внешней и внутренней сторонами мембраны нейрона. Некоторые теоретики полагают, что неадекватный перенос этих ионов может приводить к тому, что нейроны будут «срабатывать» слишком легко, вызывая тем самым манию, или окажутся слишком резистентными к «срабатыванию», вызывая тем самым депрессию. В подтверждение этой гипотезы исследователи обнаружили явные дефекты в переносе ионов натрия через мембраны отдельных нейронов в головном мозге людей с биполярными аффективными расстройствами (El-Mallakh & Wyatt, 1993; Kato et al, 1993; Meltzer, 1991).

Генетические факторы

Многие теоретики утверждают, что люди наследуют предрасположенность к биологическим аномалиям, которые лежат в основе биполярных аффективных расстройств (Winokur et al., 1995; Blehar et al., 1988). Данные *изучения родословной* подтверждают эту идею. У близких родственников людей с биполярным аффективным расстройством вероятность возникновения этого расстройства составляет 4-25%, тогда как его распространенность среди населения в целом равна 1% (Gershon & Nurnberger, 1995; APA, 1994). Кроме того, чем ближе связь между родственниками (т. е. чем больше сходств между их генетическими наборами), тем больше сходств в характере возникновения у них биполярного расстройства.

Ученые проводят также *исследования генетической связи (genetic linkage studies)* с целью определения возможной модели наследования биполярных аффективных расстройств. В таких научных экспериментах выбирают большие семьи, в которых велико число случаев какого-то расстройства в нескольких поколениях, изучают модель распространения этого расстройства среди членов семьи и определяют, нет ли зависимости между этой моделью и моделью распространения общих семейных черт,

передаваемых генетическим путем, таких как дальтонизм, рыжий цвет волос или какой-то медицинский синдром.

<Большие семьи и генетические исследования. Тесно связанные между собой семьи, в которых на протяжении поколений редки браки с другими этническими группами, являются желанными объектами при исследованиях генетических связей. К примеру, несколько семей амишей (американских меннонитов), проживающих в Пенсильвании, изучались с целью определения возможных генетических моделей биполярных аффективных расстройств.>

После обработки данных по израильским, бельгийским и итальянским семьям, в нескольких поколениях которых отмечалось большое число случаев биполярных аффективных расстройств, группа исследователей выявила связь между биполярными расстройствами и генами X-хромосомы (Baron et al., 1987; Mendlewicz et al., 1987, 1980, 1972). Позже другие ученые заявляли об обнаруженной ими связи между биполярными расстройствами и генами 11, 18, 4, 6, 13 и 15 хромосом (Berrettini et al., 1997; Ginns et al., 1996; Egeland et al., 1987, 1984). Подобный разброс данных может означать, что логические рассуждения, стоящие за многочисленными генными исследованиями, несовершенны. Возможна следующая альтернативная гипотеза: биполярные аффективные расстройства могут быть вызваны различными комбинациями генных аномалий.

Методы лечения биполярных аффективных расстройств.

До последнего времени большинство людей с биполярными расстройствами были обречены проводить свою жизнь на «эмоциональных качелях». От психотерапевтов не поступало практически никаких сообщений об успехах (Lickey & Gordon, 1991), а терапевты-биологи установили, что антидепрессанты помогают в данном случае лишь в очень ограниченной степени (Priest et al., 1974). Более того, иногда антидепрессанты даже способствовали наступлению маниакального эпизода (Altshuler et al., 1995; Dilsaver & Swann, 1995). С помощью ЭСТ удавалось снять депрессивные или маниакальные эпизоды биполярных расстройств также только эпизодически (Jefferson & Greist, 1994).

Терапия литием

Литий резко изменил эту мрачную картину; фактически, многие люди считают этот серебристо-белый химический элемент — один из самых распространенных на нашей планете — настоящим чудодейственным средством. Его эффективность при лечении биполярного аффективного расстройства была впервые открыта в 1949 году австралийским психиатром Джоном Кейдом (Cade).

Определение правильной дозы лития для конкретного пациента — трудоемкий процесс (Schou, 1997). Слишком малая доза даст незначительный или нулевой эффект, слишком же большая доза может вызвать литиевую интоксикацию (буквально отравление), которая может повлечь за собой тошноту, апатию, тремор, головокружение, невнятную речь, припадки, почечную недостаточность и даже смерть (Moncrieff, 1997). Однако при правильной дозировке литий часто вызывает заметные изменения в настроении в течение 4-5 дней. Некоторые пациенты лучше реагируют на другие препараты, например, на такие предотвращающие кризы лекарства, как *карбамазепин* (тегретол) или *вальпроат натрия* (депейк) (Freeman & Stroll, 1998; Post et al., 1997).

Многочисленные исследования показали, что литий эффективен при лечении маниакальных эпизодов (Klerman et al., 1994; Bunney & Garland, 1984). Он помогает более чем 60% пациентов с манией. Вдобавок, пока пациенты принимают литий, у них бывает меньше новых эпизодов (Maj et al., 1998; Schou, 1997). В одном исследовании было установлено, что вероятность рецидивов болезни возрастает в 28 раз, если пациенты прекращают принимать литий (Suppes et al., 1991). Поэтому сегодня клиницисты обычно рекомендуют людям продолжать лечение литием даже после того, как их маниакальные эпизоды удается снять (Jefferson & Greist, 1994; Goodwin & Jamison, 1990).

Литий — металл, минеральные соли которого широко распространены на нашей планете. Является наиболее эффективным средством при лечении биполярных расстройств в виде лития карбоната и лития оксидбутирата.

Исследования позволяют предположить, что литий помогает людям с биполярным расстройством справиться также и с их депрессивными эпизодами, хотя в меньшей степени, чем с маниакальными (Hlastala et al., 1997). Кроме того, длительный прием лития, по-видимому, снижает вероятность будущих депрессивных эпизодов, подобно тому как он предотвращает повтор маниакальных эпизодов (Maj et al., 1998; Abou-

Saleh, 1992).

Исследователи не до конца понимают механизм действия лития; они предполагают, что он изменяет синаптическую активность нейронов, хотя и иным образом, чем это делают антидепрессанты. Последние исследования показывают, что процесс «срабатывания» нейрона состоит из нескольких фаз, которые протекают молниеносно. После того как нейротрансмиттер попадает в рецепторную зону принимающего нейрона, серия клеточных изменений в последнем создает условия для «срабатывания». Эти изменения часто называют вторичными сигнализаторами, посланниками, поскольку они происходят после получения первичного сигнала, но до фактического «срабатывания» принимающего нейрона. В то время как антидепрессанты влияют на рецепцию нейротрансмиттеров нейронами, литий, по-видимому, воздействует на вторичные сигнализаторы в некоторых нейронах. В частности, он воздействует на вторичные сигнализаторы, благодаря которым вырабатываются химические вещества, называемые фосфоинозидами (phosphoinositides), в частности, фосфоинозитол (ФИДФ) (Belmaker et al., 1995; Goodwin & Jamison, 1990). Короче говоря, литий может изменять синаптическую активность любого нейрона, в котором действует этот вторичный сигнализатор, и тем самым исправляет биологические аномалии, вызывающие биполярные расстройства.

Вторичные сигнализаторы — химические изменения внутри нейрона, происходящие сразу же после того, как нейрон получает сигнал через нейротрансмиттер, и до того, как он на этот сигнал прореагирует.

Дополняющая психотерапия

При лечении пациентов с тяжелыми биполярными расстройствами клиницисты редко используют одну лишь психотерапию (Klerman et al., 1994). В то же время они поняли, что литиевой терапии также может быть недостаточно. Более 30% пациентов с биполярными аффективными расстройствами не реагируют на литий или родственные препараты, получают неправильные дозы или у них могут иметь место рецидивы во время приема (Solomon et al., 1995; Abou-Saleh, 1992).

Учитывая эти проблемы, многие клиницисты теперь используют индивидуальную, групповую или семейную терапию в качестве *дополнения* к лечению литием (Scott, 1995; Graves, 1993). Чаще всего терапевты используют эти методы с тем, чтобы заострить внимание пациентов на необходимости правильного применения лекарств, улучшить их семейные или социальные отношения, просветить их и их семьи в отношении биполярных расстройств и помочь им разрешить конкретные социальные и профессиональные проблемы, возникшие из-за их болезни.

Пока было проведено сравнительно немного контролируемых исследований эффективности психотерапии как дополнения к медикаментозной терапии при лечении пациентов с тяжелыми биполярными расстройствами, но все большее число клинических отчетов указывает на то, что психотерапия помогает избежать госпитализации, улучшает социальное функционирование и повышает способность пациентов устраиваться на работу и сохранять ее (Scott, 1995; Solomon et al., 1995; Werder, 1995). Очевидно, что психотерапия играет более важную роль при лечении циклотимии, легкой формы биполярного расстройства, которую мы обсуждали выше.

<Вопросы для размышления. Какие проблемы, связанные с образом жизни, семейными и социальными отношениями, а также другими сферами функционирования, могут потребовать к себе внимания в ходе дополняющей психотерапии при лечении людей с биполярным расстройством?>

Резюме

При биполярных аффективных расстройствах эпизоды мании чередуются с эпизодами депрессии. Эти расстройства распространены намного меньше, чем монополярная депрессия. Они могут принимать форму биполярных расстройств I и II типа или циклотимии.

Возможные причины биполярных аффективных расстройств. Манию связывают с высокой активностью норэпинефрина. Кроме того, биполярные расстройства связывают с неадекватным переносом ионов натрия с внешней стороны мембраны нейрона на внутреннюю и обратно. Генетические исследования позволяют предположить, что люди могут наследовать предрасположенность к этим биологическим аномалиям.

Методы лечения биполярных аффективных расстройств. Литий эффективно снимает и предотвращает как маниакальные, так и депрессивные эпизоды биполярных расстройств. Некоторые исследователи предполагают, что причина этого эффекта в том, что литий воздействует на вторичные сигнализаторы ключевых нейронов

головного мозга. В последние годы стало ясно, что в состоянии пациентов происходят более заметные улучшения, когда лечение литием сочетается с психотерапией.

Подводя итоги.

За последние тридцать лет клиницисты собрали огромное количество информации о расстройствах настроения. В результате, они могут теперь идентифицировать эти расстройства точнее и лечить их эффективнее, чем большинство других психологических расстройств. Несмотря на это, у клиницистов пока еще нет ясности в отношении всего того, что им известно об этих расстройствах.

Исследователи выявили несколько различных факторов, способствующих монополярной депрессии, включая биологические аномалии, уменьшение числа позитивных подкреплений, представление о собственной беспомощности, негативные способы мышления и социокультурное влияние. Однако пока непонятно, какова связь этих факторов с монополярной депрессией (Flett, Vrendenburg & Krames, 1997).

Возможны несколько вариантов:

1. Основной причиной монополярной депрессии может быть *один* из этих факторов. Если это так, тогда основными претендентами на эту роль являются когнитивные и биологические факторы, поскольку обнаружено, что каждый из них нередко предшествует депрессии и предопределяет ее.
2. У различных людей монополярную депрессию способны вызывать *различные* факторы. Например, у некоторых людей сначала может понижаться активность серотонина, которая вызывает реакции беспомощности и негативные установки. Другие могут сначала тяжело переживать понесенную ими утрату, последствием чего становятся реакции беспомощности или низкая активность серотонина.
3. Возможно, что развитие монополярной депрессии обусловлено взаимодействием двух или более факторов (Klocek, Oliver & Ross, 1997). Не исключено, что люди впадают в депрессию только в том случае, если у них низкий уровень активности серотонина, они чувствуют себя беспомощными и постоянно упрекают себя за негативные события.
4. Разнообразные факторы могут играть *различную роль* в монополярной депрессии. Некоторые могут вызывать расстройство, другие — быть его следствием, а третьи — способствовать его продолжению.

За последние тридцать лет монополярная депрессия стала также одной из наиболее успешно излечиваемых болезней среди всех психологических расстройств. Пациентам может помогать любой из нескольких подходов. Исследователи выявили следующие тенденции:

1. И когнитивная, и межличностная, и биологическая терапии являются очень эффективными методами лечения монополярной депрессии, как легкой, так и тяжелой (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Elkin, 1994; Naaga & Beck, 1992). Каждый подход позволяет улучшить состояние примерно 60% людей, проходящих лечение. Супружеская терапия эффективна, когда депрессия человека развивается на фоне неблагополучных супружеских отношений.
2. Поведенческая терапия способна принести определенную пользу, в отличие от полного отсутствия лечения, но она менее эффективна, чем когнитивная, межличностная или биологическая терапия, особенно в случаях тяжелой депрессии (Emmelkamp, 1994).
3. Психодинамическая терапия менее эффективна при лечении монополярной депрессии, чем прочие виды терапии (Svartberg & Stiles, 1991).
4. Сочетание психотерапии (обычно когнитивной или межличностной) и медикаментозного лечения приносит несколько большую пользу людям с депрессией, чем любой из методов лечения, используемый в одиночку (Karp & Frank, 1995; Paykel, 1995).

Почему при лечении монополярной депрессии столь эффективны несколько очень различных подходов? И на этот вопрос клиницисты пока не могут дать ответ. Возможно, устранение любого из ключевых факторов, которые способствуют этому расстройству, может улучшать все области функционирования. Возможно, существуют различные виды монополярной депрессии, каждый из которых реагирует на различные виды терапии.

Как и в случае монополярной депрессии, за последние тридцать лет клиницисты и исследователи узнали многое о биполярных аффективных расстройствах. Но, в

отличие от монополярной депрессии, биполярные расстройства, по-видимому, лучше всего объясняют и лечат, уделяя внимание главным образом одной переменной — биологическим факторам. Полученные данные позволяют предположить, что биполярное расстройство бывает вызваны биологическими аномалиями, возможно наследуемыми и начинающими оказывать свое негативное воздействие под влиянием какого-то жизненного стресса. Кроме того, узок и незамысловат выбор методов лечения этих расстройств — литий (или родственный препарат), возможно в сочетании с психотерапией.

Нет сомнений, что нынешняя ситуация позволяет людям с расстройствами настроения смотреть в будущее с большим оптимизмом. С другой стороны, должен отрезвлять следующий факт: у 40% людей с тем или иным расстройством настроения, несмотря на лечение, состояние не улучшается и им приходится страдать от мании или депрессии до тех пор, пока те сами себя не исчерпают. Теперь, когда клинические исследователи выявили столь много важных элементов общей проблемы, они должны объединить эти элементы и получить некую более целостную картину, которая позволит им еще лучше предсказывать, предупреждать и лечить эти расстройства.

Ключевые термины

Депрессия

Мания

Монополярная депрессия

Биполярное аффективное расстройство

Тяжелый депрессивный эпизод

Бред

Галлюцинация

Дистимия

Реактивная депрессия

Эндогенная депрессия

Изучение семейной родословной

Исследования близнецов

Норэпинефрин

Серотонин

Эндокринная система

Кортизол

Мелатонин

Электросудорожная терапия (ЭСТ)

Билатеральная ЭСТ

Монолатеральная ЭСТ

Конвульсия

Метразол

Инсулинокоматозная терапия

Антидепрессант

Ингибитор МАО

Ипрониазид

Моноаминоксидаза (МАО)

Тирамин

Трициклический антидепрессант

Имипрамин

Антидепрессант второго поколения

Селективный ингибитор обратного захвата серотонина (SSRI)

Флуоксетин (прозак)

Сертралин (золофт)

Символическая утрата

Анакликтическая депрессия

Выученная беспомощность

Атрибуция

Безнадежность

Неадекватные установки

Когнитивная триада

Ошибки в мышлении

Произвольный вывод

Преуменьшение

Преувеличение

Автоматические мысли
Межличностная психотерапия (IPT)
Межличностная потеря
Межличностный ролевой конфликт
Межличностный ролевой сдвиг
Межличностный дефицит
Супружеская терапия
Поведенческая супружеская терапия
Маниакальный эпизод
Гипоманиакальный эпизод
Биполярное расстройство I типа
Биполярное расстройство II типа
Циклотимия
Ион натрия
Исследование генетической связи
Литий
Карбамазепин (тегретол)
Вальпроат натрия (депейк)
Фосфоинозитол (ФИДФ)

Контрольные вопросы

1. Каковы основные симптомы депрессии и мании? В чем различие между монополярной депрессией и биполярным аффективным расстройством?
2. Опишите различия в распространенности расстройств настроения среди мужчин и женщин, различных возрастных и этнических групп.
3. Опишите роль, которую играют в развитии монополярной депрессии нейротрансмиттеры норэпинефрин и серотонин.
4. Опишите психодинамическую теорию депрессии, разработанную Фрейдом и Абрахамом, и приведите доказательства в ее пользу.
5. Какова, на взгляд бихевиористов, роль вознаграждений в развитии депрессии?
6. Как беспомощность, «приобретенная» в лабораторных условиях, может быть связана с депрессией у людей?
7. Какие виды негативного мышления могут вызывать проблемы с настроением?
8. Как объясняют монополярную депрессию теоретики социокультурного направления?
9. Какую роль предположительно играют в биполярных аффективных расстройствах биологические и генетические факторы?
10. Опишите основные методы лечения монополярной депрессии и биполярных аффективных расстройств. Насколько эффективен каждый из этих подходов?

Глава 7. Самоубийство.

Я делал все что мог, но по-прежнему падал духом. Я потратил много часов, пытаюсь найти ответы на мучившие меня вопросы, но единственным ответом была тишина. Проблема заключалась во мне самом. Мне стало все ясно: я должен умереть. На следующий день приятель предложил мне купить у него пистолет. Это был магнум калибра 0,357. Я купил пистолет и сразу же подумал: «Боже мой! Представляю, какая шумиха потом начнется». В тот же день я начал прощаться с людьми, не вслух, конечно, а мысленно говоря всем «прощай».

Я встречался с друзьями, но не давал им повода заподозрить, что со мной что-то не так. Я не мог позволить им узнать правду, иначе они стали бы пытаться остановить меня. Мое сознание полностью сосредоточилось на намеченной цели. «Скоро все кончится, и я наконец обрету покой, к которому так долго стремился», - утешал я себя. Я уничтожил и раздавил в себе желание жить и добиваться чего-либо. Я был как генерал, окруженный на поле битвы противником и его войсками: страхом, ненавистью, самоуничтожением, отчаянием. Мне надо было выиграть это сражение, мне надо было взять все под свой контроль, поэтому я искал смерти и не хотел сдаваться.

Я сознавал только себя и свое безвыходное положение. Смерть поглотила меня

задолго до того, как я нажал на курок. Мне казалось, что весь видимый мир погибнет вместе со мной. Как если бы я должен был нажать на последнюю кнопку и положить конец этому миру. Я всецело предал себя в объятия смерти. Когда гаснет последний луч надежды, краски этого мира начинают блекнуть.

Я приставил пистолет к виску. Затем раздался страшный грохот, сопровождаемый вспышкой ослепительного света, похожей на фейерверк. Это превратило боль в ощущение чего-то грандиозного, казалось, целая армия перешла на сторону смерти, чтобы помочь ей уничтожить мою жизнь, которая с каждым ударом сердца постепенно покидала истекающее кровью тело. Меня поглотила непроницаемая тьма (Shneidman, 1987, p. 56).

В животном мире встречается множество примеров самодеструктивного поведения, но только человек может сознательно убивать самого себя. Лосось погибает после изнурительного плавания вверх по течению к месту нереста. Лемминги неудержимо стремятся к морю и тонут. Хотя в каждом из этих случаев животное погибает, было бы неправильно утверждать, что оно намеренно стремится умереть. Самодеструктивное поведение животных является результатом действия инстинкта, направленного в конечном итоге на выживание данного вида.

<Роковое влечение. Крошечный паук-самец готовится быть съеденным во время копуляции огромных размеров самкой, и даже способствует собственной гибели. Помещая свой половой орган в тело партнерши, он одновременно начинает совершать круговые движения и покачивает своим соблазнительным брюшком перед самым ее ртом. Самец, возможно, плохо видит, но, во всяком случае, у него нет намерения погибнуть. На самом деле, позволяя самке поедать себя, самец выделяет максимально возможное количество спермы, таким образом увеличивая вероятность успешного размножения и появления на свет потомства с аналогичными тенденциями поведения.>

Случаи самоубийства неоднократно фиксировались в исторических документах на всем протяжении истории человечества. Упоминание о фактах самоубийства можно найти в источниках по истории Древнего Китая, античной Греции и Рима. Так, в ветхозаветной части Библии сообщается о самоубийстве царя Саула. В недавнем прошлом самоубийства таких знаменитостей, как Эрнест Хемингуэй, Мэрилин Монро и рок-звезды Курта Кобэйна потрясли и одновременно заинтриговали публику. Точно так же все общество шокировали и привели в замешательство массовые самоубийства членов сект «Ветвь Давидова» в 1993 году и «Небесные врата» в 1997 году.

До того как вы дочитаете эту страницу, кто-то из числа жителей Соединенных Штатов попытается покончить жизнь самоубийством. По меньшей мере 60 американцев покончат с собой к этому же времени завтра... Многие из пытавшихся совершить самоубийство повторяют свои попытки, и некоторое количество таких попыток закончится летальным исходом (Shneidman & Mandelkorn, 1983).

В настоящее время самоубийство относится к числу десяти основных причин смерти на Западе. По меньшей мере 160 тысяч человек в мире ежегодно кончают жизнь самоубийством, из них более 30 тысяч самоубийств приходится на долю США (WHO, 1992).

<Психологические заметки. Доля самоубийц в общем числе всех людей, ежегодно умирающих в США, составляет 2%.>

Еще два миллиона людей во всем мире (600 тысяч в США) делают неудачные попытки убить себя, эти неудачные попытки называют *парасуицидом* (McIntosh, 1991). Тем не менее очень трудно получить точные цифры, отражающие реальное число самоубийств, и многие исследователи считают приведенные выше цифры явно заниженными (Diekstra, Kienhorst & de Wilde, 1995; Smith, 1991). Вследствие негативного отношения нашего общества к самоубийству родственники и друзья самоубийц часто не хотят открыто признавать, что те, кого они любили, покончили с собой. Кроме того, перед следователями, ведущими дознание, стоит трудная задача установить истинную причину смерти: являлась ли данная смерть самоубийством или это был результат неумышленной передозировки лекарственных препаратов, автомобильной катастрофы, утопления или несчастного случая (Ohberg, Penttila & Lonnqvist, 1997; Peck & Warner, 1995).

Парасуицид — попытка самоубийства, которая не заканчивается смертью.

В последнем издании справочника DSM-IV самоубийство не классифицируется как психическое расстройство, но обычно с самоубийством связаны и другие серьезные клинические проблемы, такие как полная неспособность справляться со стрессовыми ситуациями, эмоциональная неустойчивость и искаженное восприятие жизни. Хотя

самоубийство часто связывают с депрессией, причиной по меньшей мере половины всех случаев суицида являются другие психические расстройства, такие как сильная алкогольная зависимость, шизофрения, а иногда явные признаки какого-либо психического расстройства могут вообще отсутствовать.

<Мощное воздействие самоубийства. Самоубийство солиста группы «Nirvana» Курта Кобэйна в апреле 1994 года потрясло миллионы его юных поклонников во всем мире и повергло их в состояние скорби и смятения. В Сиэтле, родном городе Кобэйна, около 5-ти тысяч человек пришли проститься с певцом, держа в руках зажженные свечи и портреты кумира.>

Очень часто люди имеют неверное представление о симптомах и причинах самоубийства. Еще десятилетие назад, когда исследователи протестировали знания нескольких сотен студентов относительно проблем, связанных с суицидом, среднее количество правильных ответов составило всего лишь 59% (McIntosh, Hubbard, & Santos, 1985). В настоящее время, когда проблема суицида оказалась в центре пристального внимания клиницистов, мы все гораздо глубже стали понимать эту проблему и качество правильных ответов на подобные тесты среди студентов США и Канады стало намного выше (Leenaars & Lester, 1992).

Что такое самоубийство.

Не всякую смерть, причиной которой становится сам человек, можно назвать самоубийством. У человека, уснувшего за рулем своей машины и врезавшегося в дерево, нет намерения убить себя.

Так, Эдвин Шнейдман (Shneidman, 1993, 1981, 1963), один из самых компетентных специалистов, исследующих проблему суицида, определяет самоубийство как *преднамеренную смерть* — акт лишения себя жизни, при котором человек делает целенаправленную и сознательную попытку прекратить существование.

Самоубийство — акт лишения себя жизни, при котором человек действует намеренно, целенаправленно и сознательно.

Преднамеренная смерть может принимать различную форму. Давайте рассмотрим в качестве примера три случая самоубийства, в каждом из которых люди собирались убить себя, но их мотивы, личные проблемы и то, каким именно образом они уходили из жизни, очень сильно отличались.

1. Дейв был преуспевающим бизнесменом. К 50-ти годам он продвинулся до должности вице-президента небольшой, но доходной фирмы, занимавшейся производством оргтехники. Дейв проживал со своей семьей в районе, заселенном представителями верхушки среднего класса, у них был просторный дом и они наслаждались жизнью, наполненной уютом и достатком.

В августе, на 50-м году его жизни, все резко изменилось. Дейва уволили, после многих лет безупречной эффективной работы. Доходы фирмы были на низком уровне, и президент хотел применить новые, более современные методы управления. Это был тяжелый удар для Дейва. Его душу переполняли чувства отвержения, утраты и пустоты. Он начал искать другую работу, но ему предлагали только низкооплачиваемые должности, для которых у него была слишком высокая квалификация. После каждого дня, проведенного в бесплодных поисках работы, Дейв впадал в еще большую подавленность, озабоченность и безнадежность. Он продолжал падать духом, замкнулся в себе и все более терял надежду на будущее.

Спустя шесть месяцев после потери работы Дейв начал всерьез задумываться о самоубийстве. Его душа была истерзана сознанием унижительного положения, которое, как казалось Дейву, уже нельзя изменить. Он ненавидел настоящее и боялся будущего. Весь февраль он метался из стороны в сторону. Иногда ему казалось, что он действительно хочет умереть. В другие дни приятный вечер, проведенный в кругу семьи, или обнадеживающий разговор с другом могли на время приподнять его настроение. В один из понедельников, в конце февраля, он услышал о возможности получить работу и в ожидании собеседования, назначенного на следующий день, Дейв, казалось, воспрял духом. Но собеседование прошло неудачно и Дейву стало ясно, что работу ему не предложат. Он вернулся домой, открыл ящик своего письменного стола, достал оттуда недавно купленный пистолет и застрелился.

2. Билли так никогда вполне и не оправился после смерти своей горячо любимой матери. Ему было всего семь лет и он не был готов к такой тяжелой утрате. Отец Билли решил отправить его на некоторое время к своим родителям. Он надеялся, что

перемена обстановки, новая школа и новые друзья отвлекут Билли от тяжелых переживаний. Но все эти перемены только усугубили душевную боль Билли. Ему очень не хватало той радости и смеха, которыми была наполнена его жизнь до отъезда из родительского дома. Мальчик очень скучал по своему старому дому, отцу и друзьям. Больше всего он переживал из-за невозможности вновь увидеть свою любимую мать. В душе Билли так и не примирился со смертью матери. Отец объяснил Билли, что его мама находится сейчас на небе и живет там в радости и покое. Дни шли за днями, но чувство грусти и одиночества не покидало Билли и он начал по-своему объяснять все происходящее. Он верил, что снова был бы счастлив, если бы смог быть рядом с мамой. В глубине души Билли чувствовал, что она ждет его, ждет когда он придет к ней. Подобные мысли не вызывали у ребенка никаких сомнений и наполняли его покоем и надеждой. Однажды вечером, вскоре после того как он пожелал спокойной ночи бабушке и дедушке, Билли встал с кровати, поднялся на чердак, вылез на крышу дома и прыгнул оттуда вниз, навстречу своей смерти.

3. Боб и Маргарет встречались уже целый год. Любовь к Бобу была для Маргарет первым серьезным чувством; она не могла представить свою жизнь без этой любви. Когда Боб сказал ей, что больше не любит ее и бросает Маргарет ради другой женщины, она была просто потрясена.

Проходила неделя за неделей, а в душе Маргарет продолжали бороться два противоречивых чувства: уныние от своего нынешнего положения и гнев на Боба. Несколько раз она звонила Бобу, умоляя его вернуться и прося его дать ей шанс доказать свою преданную любовь. В то же время она испытывала ненависть к Бобу за те мучения, которые он ей причинил.

Друзья Маргарет начинали все больше и больше беспокоиться по поводу ее душевного состояния. Поначалу они понимали ее страдания, сочувствовали ей, но предполагали, что все это со временем пройдет. Шли месяцы, а уныние и гнев Маргарет только усиливались. Вскоре она начала вести себя вовсе безрассудно. Маргарет пристрастилась к алкоголю и очень часто совмещала выпивку с приемом разных успокоительных таблеток. Казалось, что она постоянно играет с опасностью. Однажды вечером Маргарет зашла в ванную комнату, достала из шкафчика бутылочку со снотворным и проглотила целую пригоршню таблеток. Она хотела хоть на время ослабить свою душевную боль и сделать так, чтобы Боб узнал, сколько горя он заставил ее пережить. Горько плача и проклиная Боба, она продолжала глотать таблетку за таблеткой. Когда Маргарет почувствовала, что засыпает под воздействием лекарства, она решила позвонить своей близкой подруге Синди. Она сама не понимала, зачем это делает, возможно, чтобы сказать Синди последнее «прощай», объяснить ей смысл своего поступка или быть уверенной, что Боб узнает о том, как тяжело ей было умирать. Может быть Маргарет надеялась, что Синди удастся отговорить ее от самоубийства. Синди умоляла и уговаривала Маргарет, пытаясь пробудить в ней интерес к жизни. Поначалу Маргарет пыталась слушать Синди, но ее сознание постепенно затмевалось. Поняв, что происходит, Синди бросила трубку, а затем быстро позвонила соседу Маргарет и в полицию. Когда соседу удалось проникнуть в квартиру Маргарет, девушка уже находилась в состоянии комы. Семь часов спустя, в то время как друзья и родители Маргарет ожидали известий в больничном холле, она скончалась.

Тогда как Маргарет, по-видимому, испытывала противоречивые чувства по отношению к собственной смерти, Дейв совершенно явно желал умереть. Если Билли считал смерть путешествием на небо, для Дейва смерть означала конец существования. Эти различия очень важны для клиницистов и исследователей, когда они пытаются понять и проводить лечение суицидентов. Учитывая данные различия, Шнейдман дал описания четырех типов людей, намеренно стремящихся положить конец своему существованию: искатели смерти; инициаторы смерти; отрицатели смерти и игроки со смертью.

Искатели смерти в момент совершения попытки самоубийства явно стремятся умереть. Такая целеустремленность сохраняется сравнительно недолго, затем ее сменяют сомнения — через какой-нибудь час или на следующий день, а затем это же желание умереть возвращается вновь. Дейв, управляющий средних лет, был искателем смерти. Он с опасением относился к самоубийству и многие недели терзался сомнениями, но в тот роковой вторник Дейв был искателем смерти — он совершенно отчетливо желал умереть и действовал таким образом, что летальный исход ему был гарантирован.

Инициаторы смерти тоже стремятся умереть, но они действуют исходя из убеждения

о неизбежности приближающейся смерти и считают, что своим поступком просто ускоряют этот процесс. Некоторые из них полагают, что их смерть это всего лишь вопрос нескольких дней или недель. Под эту категорию подпадают многие случаи суицида среди пожилых и тяжело больных людей (Valente & Saunders, 1995). Писатель Эрнест Хемингуэй, всю жизнь отличавшийся крепким здоровьем, был очень озабочен своим ухудшающимся физическим состоянием, и именно это, по мнению многих исследователей, определило его решение покончить с собой.

Искатель смерти — человек, имеющий твердое намерение покончить с собой в момент совершения попытки самоубийства.

Инициатор смерти — человек, который совершает попытку самоубийства, так как считает, что процесс умирания уже начался и что он просто ускоряет свою смерть. **Отрицатели смерти** не верят, что лишая себя жизни, полностью прекращают свое существование. Они считают, что просто отдают свою нынешнюю жизнь в обмен на обретение более счастливого существования в ином мире. Большинство самоубийств, совершаемых детьми, такие как случай Билли, попадают именно в эту категорию, так же как и самоубийства взрослых людей, верящих в загробное существование и совершающих самоубийство ради достижения иной формы жизни. Самоубийство 39 членов секты «Небесные Врата» в 1997 году тоже попадает в данную категорию. Принимая решение уйти из жизни, они верили, что смерть тела освобождает душу и дает ей возможность подняться в высшие сферы.

Игроки со смертью испытывают противоречивые чувства или двойственность по отношению к возможности собственной смерти даже во время попытки самоубийства, причем эта двойственность проявляется и в самом способе самоубийства. Хотя такие люди в какой-то мере желают умереть, и часто именно так и происходит, способ, каким они пытаются уйти из жизни, не гарантирует смертельного исхода. Человек, играющий в «русскую рулетку», а именно стреляющий в себя из револьвера, барабан которого заряжен наугад одним патроном, является игроком со смертью. Маргарет можно назвать игроком со смертью. Несмотря на ее огромное горе и гнев, девушка не была уверена в том, что действительно хочет умереть. Даже уже начав принимать снотворные таблетки, Маргарет позвонила подруге, сообщила ей о своих действиях и некоторое время слушала ее отчаянные мольбы.

Отрицатель смерти — человек, который совершает попытку самоубийства, не признавая смерть как конец своего существования.

Игрок со смертью — человек, испытывающий двойственные чувства по отношению к возможности собственной смерти даже в момент совершения попытки самоубийства.

Когда человек играет косвенную, скрытую, отчетливо не выраженную или бессознательную роль в своей собственной смерти, то такие случаи Шнейдман относит к особой категории, названной им *непреднамеренная смерть* (Shneidman, 1993, 1981). Тяжелобольные люди, раз за разом принимающие прописанные лекарства, нарушая инструкции, порой принадлежат к этой категории. Хотя их смерть может представлять одну из форм самоубийства, истинные намерения таких людей остаются невыясненными.

<Искатели смерти?> Скайсерфер пытается оседлать облако в небе над Швецией. Действительно ли это искатели острых ощущений, смельчаки, стремятся к покорению новых высот, как многих из них утверждают, или на самом деле они являются игроками со смертью?>

Непреднамеренная смерть — смерть, в которой сама жертва участвует лишь отчасти, незаметно и бессознательно.

Изучение суицида.

Главная проблема, с которой приходится сталкиваться исследователям, занимающимся проблемой суицида, заключается в том, что объектов их исследований уже нет в живых. Как может исследователь сделать правильные выводы относительно мотивов, чувств и обстоятельств, подтолкнувших человека к самоубийству, если сам человек уже ничего не может рассказать о своем поступке? Для разрешения данной проблемы исследователи используют два основных подхода, каждый из которых имеет свои недостатки.

В качестве первой стратегии применяется *ретроспективный анализ*, психологическая аутопсия, при которой клиницисты и исследователи пытаются получить информацию о прошлом самоубийцы (Roberts, 1995; Jacobs & Klein, 1993). Родственники, друзья или психотерапевты могут вспомнить отдельные высказывания, конкретные разговоры и какие-то особенности поведения, которые проливают свет на личность самоубийцы.

Предсмертные записки, оставляемые некоторыми самоубийцами, также дают некоторую полезную информацию. Однако у исследователей не всегда имеется доступ к этим источникам информации. Лишь менее четверти всех жертв суицида обращались за помощью к психотерапевту (Fleer & Pasewark, 1982) и менее трети оставляет предсмертные записки (Black, 1993; Leenaars, 1992, 1989).

Ретроспективный анализ — психологическая аутопсия, при которой клиницисты и исследователи собирают полную информацию о личности самоубийцы на основании фактов его жизни.

Вследствие данных ограничений многие исследователи используют вторую стратегию — изучение людей, оставшихся в живых после попытки самоубийства. Конечно, люди, оставшиеся в живых после попытки самоубийства, могут сильно отличаться от людей, которым удалось покончить с собой (Diekstra et al., 1995; Lester, 1994). Например, многие из тех, кто остались в живых, на самом деле и не хотели умирать. Тем не менее исследователи находят полезным изучение людей, оставшихся в живых после попытки самоубийства; мы будем рассматривать тех, кто только пытался совершить самоубийство, и тех, кто покончил с собой, как более или менее однородную группу.

Паттерны и статистика.

Поскольку акты самоубийства, как и любая человеческая деятельность, происходят в рамках крупных общественных образований, исследователи собрали много статистических данных, учитывающих конкретный социальный контекст, в котором такие случаи имеют место. Например, они обнаружили, что уровень самоубийств меняется от страны к стране. Венгрия, Германия, Австрия, Дания и Япония имеют очень высокий уровень самоубийств, ежегодно более 20 человек на 100 тысяч населения; с другой стороны, Египет, Мексика, Греция и Испания имеют относительно низкий уровень, менее 5 человек на 100 тысяч. США и Канада занимают среднее положение, в обеих странах этот уровень составляет 12 или 13 человек на 100 тысяч населения, в Англии он равняется примерно 9 человек на 100 тысяч (NCHS, 1994; WHO, 1992).

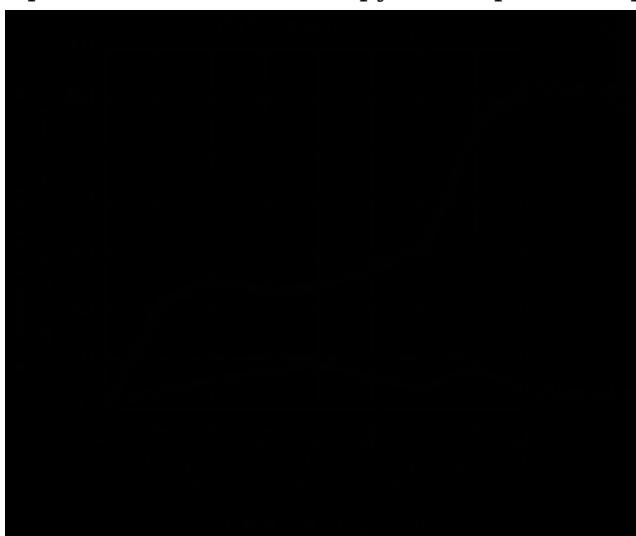
Принадлежность к определенным религиозным конфессиям и соответствующие религиозные убеждения помогают объяснить эти национальные различия (Shneidman, 1987). В странах, основная масса населения которых исповедует католицизм, иудаизм или ислам, наблюдается тенденция к более низкому уровню самоубийств, чем в странах, где официальной религией является протестантство. Вероятно, то обстоятельство, что в непротестантских странах существуют строгие религиозные запреты относительно самоубийства и поддерживающая эти запреты культурная традиция, отвращает многих людей от рассмотрения самоубийства в качестве выхода из какой-либо трудной ситуации. Тем не менее существуют исключения из этого, казалось бы, очевидного правила. Австрия, основная масса населения которой принадлежит к римско-католической церкви, имеет один из самых высоких уровней самоубийств в мире.

Исследования, проведенные в данном направлении, позволяют предположить, что на предотвращение суицида влияет не столько формальная принадлежность к какой-либо религиозной конфессии, сколько индивидуальная *набожность* (Holmes, 1985; Martin, 1984). Похоже, что те люди, которые с большим благоговением относятся к «чуду» жизни, менее склонны рассматривать возможность суицида или на самом деле прибегать к самоуничтожению (Lee, 1985).

Показатели уровня самоубийств у мужчин и женщин также отличаются (см. рис. 7.1). Женщины в три раза чаще мужчин совершают попытки самоубийства, тем не менее количество смертельных исходов у мужчин в три раза больше чем у женщин (Stillion & McDowell, 1996; McIntosh, 1991). Почти 19 из каждых 100 тысяч мужчин ежегодно убивают себя в США; аналогичный показатель для женщин, который хотя и увеличился за последние годы, составляет менее чем 5 на каждые 100 тысяч женщин (Stillion & McDowell, 1996; NCHS, 1994, 1988).



(A) Вероятность совершения самоубийства людьми в возрасте свыше 65 лет выше, чем у представителей любой другой возрастной группы.



(B) Уровень самоубийств среди мужчин всех возрастных групп выше, чем среди женщин, принадлежащих к соответствующим возрастным группам.



(C) Уровень самоубийств среди белых американцев всех возрастных групп выше, чем среди афроамериканцев, принадлежащих к соответствующим возрастным группам.



(D) Пожилые белые американцы мужского пола подвержены самому высокому риску самоубийства (по данным Stillion & McDowell, 1996; U. S. Bureau of the Census, 1994, 1990; McIntosh, 1991, p. 62-63).

Рисунок 7.1. Современный уровень самоубийств в США.

Одна из причин различия этих показателей у мужчин и женщин заключается, по-видимому, в способах, к которым прибегают мужчины и женщины при совершении самоубийства (Kushner, 1995). Мужчины имеют тенденцию применять более грубые способы самоубийства; они стреляются, перерезают себе вены, вешаются, тогда как женщины, как правило, действуют не столь жестко и целенаправленно, они кончают с собой, например, при помощи передозировки лекарственных препаратов. В США самоубийства с применением огнестрельного оружия составляют почти 2/3 от общего числа самоубийств, совершаемых мужчинами, в то время как у женщин доля аналогичных самоубийств составляет 40% (Canetto & Lester, 1995; NCHS, 1990). На склонность к самоубийству оказывает влияние и семейное положение (см. рис. 7.2). Среди людей, состоящих в законном браке, особенно у имеющих детей, наблюдается самый низкий уровень самоубийств, у холостых и овдовевших этот уровень несколько выше, а наиболее высокий процент самоубийств наблюдается среди людей, состоящих в разводе (Canetto & Lester, 1995; Li, 1995). В одном исследовании проводился сравнительный анализ личностей 90 человек, покончивших с собой, с таким же количеством людей, имевших разного рода психологические проблемы, но никогда не предпринимавших попытки самоубийства (Roy, 1982). В результате было обнаружено, что только 16% из числа самоубийц состояли в законном браке или с кем-либо сожительствовали на момент своей смерти, тогда как в контрольной группе количество людей с аналогичным семейным статусом составляло 30%.

Семейное положение	Количество самоубийств на 100 000 населения
Состоящие в браке	12,4
Холостые	18,4
Вдовы	21,8
Разведенные	37,3

Рисунок 7.2. Самоубийство и семейное положение. Приблизительно 37 человек из каждых 100 тысяч разведенных кончают жизнь самоубийством, что в три раза превышает уровень самоубийств среди людей, состоящих в браке (по данным McIntosh, 1991, p. 64).

В заключение следует отметить, что, по крайней мере, в США уровень самоубийств, по-видимому, имеет различные значения для разных расовых групп. Так уровень самоубийств среди белых американцев составляет 12 человек на 100 тысяч населения, что почти в два раза выше, чем у афроамериканцев и представителей других расовых групп (Stillion & McDowell, 1996; NCHS, 1994). Отклонение от этого паттерна наблюдается только среди представителей коренного населения Соединенных Штатов, у которых уровень самоубийств в два раза превышает средненациональные показатели. У отдельных этнических групп коренного населения

США уровень самоубийств в 4-10 раз превышает средненациональный (Berlin, 1987; Willard, 1979). Хотя исключительная бедность большинства коренных американцев и помогает объяснить подобную тенденцию, многие исследования показывают, что такие факторы, как злоупотребление алкогольными напитками, моделирование и доступность огнестрельного оружия, тоже играют свою роль (Berman & Jobes, 1995, 1991; Young, 1991). Исследования, проведенные среди коренного населения Канады, дали похожие результаты (Strickland, 1997; Badley, 1991).

Некоторые статистические данные, связанные с проблемами суицида, оспариваются многими исследователями, особенно в последние годы. В одном исследовании высказывается предположение, что реальный уровень самоубийств может быть на 15% выше для афроамериканцев и на 6% выше для женщин по сравнению с данными, которые обычно приводились для этих групп населения (Phillips & Ruth, 1993). Представители данных групп чаще других используют методы самоубийства, делающие их гибель похожей на смерть в результате несчастного случая, такого как случайное отравление, передозировка лекарства, автомобильная катастрофа или неосторожность при переходе улицы с оживленным движением.

<Вопросы для размышления. Уровень самоубийств заметно меняется от страны к стране. Какие факторы помимо религиозных помогают объяснить данные отличия?>

Резюме

Самоубийство — это акт лишения себя жизни, при котором человек делает намеренную, целенаправленную и сознательную попытку прекратить существование. Эдвин Шнейдман дал описания четырех типов людей, намеренно стремящихся положить конец своему существованию: искатели смерти, инициаторы смерти, отрицатели смерти и игроки со смертью. Он также выделил особую, суицидоподобную категорию, названную им «непреднамеренная смерть», при которой человек играет косвенную, скрытую, отчетливо не выраженную или бессознательную роль в своей собственной смерти.

Стратегии исследования. Исследователи используют два основных подхода для изучения суицида: ретроспективный анализ (психологическая аутопсия) и изучение людей, оставшихся в живых после попытки самоубийства, предполагая, что эти люди во многом сходны с теми, чьи попытки завершились смертельным исходом. Каждый подход имеет свои ограничения.

Самоубийство относится к числу десяти основных причин смерти людей в современном западном обществе. Уровень самоубийств меняется от страны к стране. Одна из причин этого заключается, по-видимому, в культурных различиях, связанных с принадлежностью к определенным религиозным конфессиям, религиозными убеждениями и глубиной личной веры каждого отдельного человека. Уровень самоубийств зависит также от расовой принадлежности, пола и семейного положения.

Крупным планом

Предсмертные записки самоубийц

Дорогой Билл! Мне очень жаль, что я доставляю тебе столько беспокойства. Я очень не хотела этого делать, и если бы ты с самого начала сказал мне всю правду, мы оба, вероятно, были бы сейчас счастливы. Билл, мне очень жаль, но я больше не могу выносить эту жизнь. Я думаю, что в этом мире не осталось больше доброты. Я тебя очень люблю и желаю, чтобы ты нашел в своей жизни счастье, которое я хотела, но не смогла тебе дать. Скажи своим родителям, что я прошу у них прощения за все случившееся, и, если сможешь, сделай так, чтобы мои родители никогда не узнали правду о моей смерти. Прошу тебя, Билл, не испытывай ко мне ненависти. Я люблю тебя. Мэри. (Leenaars, 1991)

Обстоятельства многих самоубийств так и не выясняются до конца или неверно истолковываются, потому что единственные люди, которые знают истину о случившемся, уже покинули этот мир. Тем не менее значительное число самоубийц, по приблизительным оценкам, от 12 до 34%, оставляют предсмертные записки, которые проливают свет на их намерения и одновременно являются своего рода отчетом об их психологическом состоянии, всего лишь за несколько часов или минут до совершения самоубийства (Black, 1993; Leenaars, 1992, 1989). Каждая предсмертная записка является личным документом, раскрывающим все своеобразие и личности самоубийцы и сопутствующим самоубийству обстоятельств (Leenaars, 1989). Некоторые записки состоят всего лишь из одного предложения, другие занимают несколько страниц. Люди, пишущие такие записки, несомненно хотят оставить впечатляющее сообщение тем, кого они покидают (Leenaars, 1989), будет ли

это предсмертное послание криком о помощи, эпитафией или последней волей (Frederick, 1969, p. 17). Большинство предсмертных записок адресованы конкретным людям.

Реакция родственников и друзей самоубийц на содержание предсмертных записок зависит от конкретных обстоятельств (Leenaars, 1989). Содержание записки помогает установить причину смерти, таким образом избавляя родственников от мук уголовного расследования. Друзья и родственники могут почувствовать облегчение, когда узнают из записки о причинах, подтолкнувших близкого им человека на столь отчаянный шаг (Chynoweth, 1977). Тем не менее некоторые предсмертные записки только усугубляют вину и ужас, переживаемые ближайшими родственниками самоубийцы, как это можно увидеть из приводимого примера:

Чтобы не позволить своей жене покинуть его, 22-летний м-р Джефферсон повесился в ванной, оставив на входной двери дома записку для жены со следующими словами: «Кэти, я люблю тебя. Ты права, я сумасшедший... и спасибо тебе за то, что ты пыталась любить меня. Фил». Миссис Джефферсон чувствовала себя виновной в смерти мужа и неустанно настаивала на том, что это она «убила Фила». Через неделю после смерти мужа она сама предприняла попытку самоубийства (Wallace, 1981, p. 79).

Исследователи, работающие в сфере клинической психологии, пытались найти ключи к пониманию суицида путем изучения различий между подлинными и поддельными предсмертными записками; возрастом и полом авторов; грамматическим строем записок; выбором и частотой используемых слов; сознательным и бессознательным содержанием, эмоциональными, когнитивными и мотивационными темами, затронутыми в записках; и даже особенностями почерка авторов записок (Leenaars, 1989). На основании полученных при анализе данных было сделано одно важное наблюдение: на содержание предсмертных записок существенное влияние оказывает возраст самоубийц. Так, люди молодого возраста в своих предсмертных посланиях проявляют больше враждебности по отношению к самим себе и чаще упоминают о своих проблемах во взаимоотношениях с другими людьми; те, чей возраст от 40 до 49 лет часто жалуются на неспособность справиться с жизненными проблемами; люди в возрасте от 50 до 59 лет предпочитают вообще не упоминать о причинах, толкнувших их на самоубийство; и наконец, те, кому свыше 60 лет, мотивируют свой уход из жизни такими проблемами, как тяжелая болезнь, физическое одряхление и одиночество.

Исследование предсмертных записок также показало, что сущность самоубийства почти не изменилась по сравнению с 1940-ми годами. Предсмертные записки, написанные в 1940 и 1950-х годах, похожи по содержанию на современные послания, за одним исключением: современные предсмертные записки демонстрируют меньшее душевное смятение и большую ограниченность мышления своих авторов.

Предсмертная записка дает далеко не полное представление о переживаниях, ощущениях, мыслях и эмоциях самоубийцы. Более того, как подчеркивает Эдвин Шнейдман, сами авторы записок могут в полной мере не осознавать движущих ими мотивов, так как их подавленное отчаянием мышление препятствует ясному пониманию своего психического состояния. По выражению Шнейдмана, предсмертные записки «не являются королевской дорогой, ведущей к легкому пониманию суицидных феноменов» (Shneidman, 1973, p. 380), но в сочетании с другими источниками они могут указать клиницистам и исследователям нужное направление для проведения дальнейших исследований (Black, 1995).

Факторы, способствующие возникновению суицидных намерений.

Самоубийство часто является следствием воздействия на человека текущих событий или обстоятельств его жизни. Хотя влиянием данных факторов нельзя полностью объяснить самоубийство, они могут способствовать возникновению у человека суицидных намерений. К числу таких наиболее распространенных факторов относятся *стрессовые события, изменения в настроении и мышлении, злоупотребление алкоголем, наркотиками и сильнодействующими лекарственными средствами, психические расстройства и моделирование.*

Стрессовые события и ситуации.

Исследователи обнаружили большее количество стрессовых событий в недавнем прошлом людей, пытавшихся покончить с собой, по сравнению с количеством

аналогичных событий за тот же промежуток времени у испытуемых, составлявших контрольную группу (Ohberg et al., 1997; Isometsa et al., 1995).

В ходе одного исследования было установлено, что в год, предшествующий попытке самоубийства, у людей, предпринявших такую попытку, количество стрессовых событий было в два раза больше, чем у людей, не пытавшихся покончить с собой, но страдавших либо от депрессии, либо имевших какие-либо другие проблемы психологического плана (Cohen-Sandler et al., 1982).

Одним из событий, вызывающих у человека незамедлительную стрессовую реакцию и тем самым способствующих возникновению у него суицидных намерений, является потеря любимого человека вследствие смерти, развода или отвергнутой любви. Другим таким событием является потеря работы. Ураганы и другие стихийные бедствия тоже способствуют возникновению стрессовых состояний, которые иногда ставят в причинно-зависимую связь с суицидными действиями, наблюдаемыми даже среди детей (Cytryn & McKnew, 1996). Люди могут также предпринять попытку самоубийства в качестве реакции на воздействие долговременных стрессовых факторов. К числу трех наиболее распространенных долговременных стрессоров относятся тяжелая болезнь, неблагоприятная окружающая обстановка и профессиональный стресс.

<Вопросы для размышления. Часто люди считают самоубийство пожилого или тяжелобольного человека менее трагическим событием, чем самоубийство молодого или здорового человека. Почему они могут думать подобным образом и являются ли такие рассуждения обоснованными?>

Тяжелая болезнь

Люди, чьи болезни доставляют им тяжелые физические страдания или превращают их в жалких инвалидов, могут попытаться покончить жизнь самоубийством, полагая, что смерть неизбежна и близка (Lester, 1992; Allebeck & Bolund, 1991). Они также могут проникнуться убеждением, что не в состоянии больше переносить физические страдания и справляться с проблемами, с которыми им пришлось столкнуться в результате болезни. Данные, полученные в результате одного исследования, показывают, что 37% из числа людей, покончивших с собой, имели очень слабое здоровье (Conwell, Caine & Olsen, 1990). Самоубийства, причинами которых являются тяжелые и неизлечимые болезни, стали в последнее время настолько частым явлением, что эта проблема получила широкий общественный резонанс. Отчасти такому положению дел способствует прогресс современной медицины. Хотя врачи при помощи искусственных средств могут продлевать жизнь тяжело больных людей, они часто не в состоянии вернуть своим пациентам прежнее качество жизни и избавить их от физических страданий (Werth, 1995).

Насилие

Порой люди, находящиеся в жестких условиях, от которых они не надеются избавиться или сбежать, иногда совершают самоубийство. Например, военнопленные, заключенные концентрационных лагерей, жены или мужья, подвергающиеся оскорблениям супруга, дети, терпящие насилие, и заключенные в тюрьме порой предпринимая попытки покончить с жизнью (Fondacaro & Butler, 1995; Rodgers, 1995). Как и те, кто страдают от серьезной болезни, эти люди чувствуют, что не могут больше терпеть страданий, и считают, что их условия нельзя улучшить.

Профессиональный стресс

Определенный тип работы может вызвать у человека ощущение напряжения или неудовлетворенности, и это служит причиной самоубийства. Исследователи, в частности, обнаруживают особенно высокий уровень самоубийств среди психиатров и психологов, врачей, зубных врачей, адвокатов и чернорабочих (Holmes & Rich, 1990; Stillon, 1985). Такие данные не обязательно означают, что непосредственная причина суицида — профессиональный стресс. Вполне возможно, что неквалифицированные рабочие реагируют на финансовую неустойчивость, а не на стресс, связанный с работой, когда предпринимая попытку самоубийства. Точно так же, склонные к суициду психиатры и психологи не реагируют на эмоциональное напряжение в работе, а страдают от длительных эмоциональных расстройств, которые главным образом и стимулировали их выбор карьеры (Johnson, 1991).

Клиницисты когда-то считали, что уровень самоубийств выше у женщин, которые работают не дома, чем среди домохозяек, вероятно из-за конфликтов между требованием в семье и на работе (Stack, 1987; Stillon, 1985). Тем не менее недавние исследования ставят под сомнение такие представления и в некоторых исследованиях делается вывод, что работа вне дома в равной степени снижает уровень суицида и у

женщин и у мужчин (Yang & Lester, 1995).

Изменение настроения и образа мыслей.

Многим попыткам суицида предшествует изменение настроения. Это изменение необязательно будет настолько сильным, чтобы привести к диагнозу психического расстройства, однако оно отличается от прежнего настроения человека. Человек чаще обычного расстраивается и испытывает печаль (Kienhorst et al, 1995; Tishler, McKenry & Morgan, 1981). Также часто возникает чувство тревоги, напряжения, фрустрации, гнева или стыда (Kienhorst et al., 1995; Pine, 1981). Шнейдман (Schneidman, 1993, 1991) считает, что ключевым для самоубийства является «боль души», ощущение психологической боли, которая кажется человеку невыносимой.

Смены паттернов мышления также могут предшествовать самоубийству, при этом люди становятся буквально одержимы своими трудностями, утрачивают ощущение перспективы и считают, что единственное эффективное решение их проблем — суицид (Schneidman, 1993, 1987). У них возникает чувство безысходности — пессимистическое представление, что существующие ситуация, проблемы или настроение не изменятся (Klingman & Hochdorf, 1993). Некоторые клиницисты считают, что именно ощущение безысходности — наиболее точный показатель суицидных намерений, и при оценке вероятности суицида клиницисты с особой тщательностью ищут признаки этого ощущения (Hewitt et al., 1997; Levy, Jurkovic & Spirito, 1995).

<Слова отчаяния. Поэтесса и писательница Сильвия Платт совершила самоубийство в 1963 году, в возрасте 31 года. Многие из ее стихотворений передают ощущение депрессии и безысходности. В одном из них, например, говорится: «Я видела, как годы моей жизни выстраивались вдоль дороги, словно телеграфные столбы, соединенные проводами. Я считала — один, два, три... девятнадцать столбов, а потом провода и столбы слились в один и, как я ни пыталась разглядеть, — за девятнадцатым столбом я ничего не увидела».>

Многие люди, пытающиеся совершить самоубийство становятся жертвами дихотомического мышления, когда видят только косные или жесткие решения своих проблем (Schneidman, 1993, 1987). Вот как женщина, которая осталась в живых после прыжка с крыши, описывает свои дихотомические мысли в ту пору. Она считала, что только смерть может избавить ее от боли:

Я была в таком отчаянии. Мне казалось, боже мой, я этого не вынесу. Все перепуталось и смешалось в моей голове. И я думала про себя: остается только одно. Мне просто нужно было потерять сознание. Только так я могла избавиться от всего. А единственный способ это сделать, как я считала, — прыгнуть с большой высоты. (Shneidman, 1987, p. 56).

Алкоголь и наркотики.

Исследования показывают, что 60% людей, совершавших попытки самоубийства, непосредственно до этого пили спиртное (Suokas & Lonnqvist, 1995; Hirschfeld & Davidson, 1988). Как показывает аутопсия, четверть этих людей в момент смерти находились в состоянии алкогольной интоксикации (Flavin et al., 1990; Abel & Zeidenberg, 1985). На основании такой статистики можно сделать вывод, что алкоголь часто провоцирует самоубийство (Wasserman, 1992). Есть данные, что использование других типов наркотиков может быть точно так же связано с самоубийством, в особенности с самоубийством тинейджеров и молодых взрослых (Garrison et al., 1993; Marzuk et al., 1992). Так, в крови Курта Кобэйна, когда он совершил самоубийство в 1994 году, обнаружили высокий уровень героина (Colburn, 1996).

<Вопросы для размышления. Как мог бы алкоголь или другие вещества повлиять на суицидные мысли и поступки? Можно было бы иначе объяснить взаимосвязь между суицидом и потреблением алкоголя?>

Сцены из современной жизни

Даже успех как будто похож на провал

Алаздер Клейр достиг в своей жизни многого: он был блестящим философом, которого сравнивали с сэром Исайей Берлином, он учился в Оксфорде, он получил престижный приз колледжа. Кроме того, он написал роман, пел собственные песни, его телевизионные программы завоевывали призы и награды.

И все-таки в тот день, когда книга, над которой он работал несколько лет — в дополнение к телесериалу, — должна была выйти в свет, профессор Клейр покончил с собой, прыгнув на рельсы лондонского метро. Как говорили его друзья, Клейр больше смерти боялся того, что скажут критики о его книге. (New York Times, May 1, 1996).

Клиницисты объясняют многие случаи самоубийства, в том числе и самоубийство

профессора Клейра, настойчивым и неумолимым перфекционизмом. Перфекционизм может даже людей, добивающихся значительных успехов, превратить в «безжалостных критиков самих себя, которые боятся чересчур сильно реагировать на событие, представляющееся им неудачей, и эта ранимость приводит их к депрессии» (Goleman, 1996). Исследование подтверждает, что люди, склонные к перфекционизму и депрессии, чаще совершают попытку самоубийства, чем люди, впадающие в депрессию, но менее обеспокоенные перфекционизмом (Hewitt et al., 1997).

<Вопросы для размышления. Почему перфекционизм может быть тесно связан с суицидом? Есть ли что-нибудь в нашем обществе, что усиливает страх перед неудачей или несовершенством, в особенности среди очень успешных людей?>

Психические расстройства.

Несмотря на то, что люди, пытающиеся покончить с собой, испытывают проблемы или обладают повышенной тревожностью, вовсе необязательно, что они страдают от психического расстройства, тем не менее больше чем у половины всех самоубийц такие расстройства имелись (Harris & Barracough, 1997; Moscicki, 1995). У людей с наиболее ярко выраженной тенденцией к самоубийству встречаются *расстройства настроения* (монополярная или биполярная депрессия), *расстройства, связанные с употреблением алкоголя, и шизофрения* (смотри таблицу 7.1). В исследовании делается вывод, что 15 % людей с расстройствами такого типа пытаются покончить с жизнью (Meltzer, 1998; Rossow & Amundsen, 1995). Люди, склонные и к депрессии и к алкогольной зависимости, особенно часто проявляют импульс к суициду (Cornelius et al., 1995).

<«Человек, который переживает припадок меланхолии и убивает себя сегодня, захотел бы жить, если бы подождал неделю». — Вольтер, «Катон», Философский словарь, 1764>

Мы наблюдали, что у людей с генерализованными депрессивными расстройствами часто появляются мысли о самоубийстве (смотри главу 6). Те, у кого наиболее сильно обостряется чувство безысходности, чаще всех совершают самоубийство (Fawcett et al., 1987). Даже когда у людей, склонных к депрессии, улучшается настроение, все равно сохраняется высокий риск суицида. Фактически, у людей с сильной депрессией риск суицида возрастает по мере того, как их настроение улучшается и они с большей энергией вновь стремятся осуществить суицидные желания. Сильная депрессия также может играть ключевую роль в суицидных попытках людей, страдающих серьезной физической болезнью (Henricksson et al., 1995; Brown et al., 1986). Изучение 44 пациентов, страдающих смертельной болезнью, показало, что менее четверти из них думало о самоубийстве или желали преждевременно умереть, а те, кто действительно покончили с собой, страдали от сильной депрессии (Brown et al., 1986).

Ряд людей, принявшие алкоголь или наркотики перед попыткой самоубийства, давно злоупотребляли этими веществами (Jones, 1997; Neeleman & Farrell, 1997). Не совсем ясно, как взаимосвязаны расстройства, обусловленные злоупотреблением алкоголя, и суицид. Возможно, трагический стиль жизни многих людей с таким расстройством или их ощущение безысходности приводит к мысли о суициде. Или же третий фактор — психологическая боль и отчаяние — может привести как к мысли о выпивке и употреблении наркотиков, так и к суицидным мыслям (Frances & Franklin, 1988). Такие люди могут постепенно опускаться по нисходящей спирали: психологическая боль или ощущение утраты может вынудить их злоупотреблять алкоголем или наркотиками, и в результате они начинают следовать паттерну злоупотреблений, усиливающему, а не разрешающему их проблемы (Downey, 1991; Miller et al, 1991). Люди с шизофренией, как мы увидим в главе 12, часто слышат несуществующие голоса (галлюцинации) или придерживаются явно ложных и даже странных убеждений. Существует популярное представление, что когда такие люди пытаются убить себя, они реагируют на воображаемые голоса, приказывающие им так поступить, или иллюзии о том, что суицид — благородный жест. Все же исследование показывает, что самоубийства людей с шизофренией чаще отражают ощущение деморализации (Krausz et al, 1995; Haas et al., 1993). Например, многие молодые безработные, в течение нескольких лет снова и снова переживающие рецидив, начинают верить в то, что это расстройство навсегда разрушит их жизнь (Peuskens et al., 1997; Drake, Gates & Cotton, 1986, 1984). Среди таких людей суицид — главная причина преждевременной смерти (Meltzer, 1998).

Таблица 7.1. Наиболее распространенные факторы, ведущие к самоубийству

1. Депрессивное расстройство и некоторые типы психических расстройств.
2. Алкоголизм и другие формы злоупотребления наркотическими веществами.

3. Суицидное мышление, разговор, подготовка; соответствующие религиозные идеи.
4. Предыдущие попытки к самоубийству.
5. Летальные методы.
6. Изоляция, жизнь в одиночестве, потеря поддержки.
7. Безысходность, когнитивная ригидность.
8. Пожилой возраст, белая раса, мужской пол.
9. Моделирование, самоубийство в семье, наследственность.
10. Экономические проблемы или проблемы на работе; определенные профессии
11. Проблемы в браке; семейная патология.
12. Стресс и стрессовые факторы.
13. Гнев. Агрессия, раздражительность.
14. Физическая болезнь.
15. Повторение и комбинация факторов 1-14

Моделирование.

Зачастую люди, особенно тинейджеры, пытаются совершить самоубийство после того, как смотрят или читают о ком-то еще, кто так поступил (Phillips et al., 1992; Phillips & Carstensen, 1988). Бывает, что эти люди борются с серьезными трудностями и самоубийство другого человека подсказывает им решение своих проблем; или они думают о самоубийстве и самоубийство другого человека раскрепощает их или наконец убеждает совершить этот акт. И в том и в другом случае один акт самоубийства служит моделью для других. Самоубийства знаменитостей, самоубийства, получившие известность, самоубийства коллег по работе и учебе особенно часто провоцируют новые акты суицида.

<Самоубийства знаменитостей. Фанатов особенно шокируют и расстраивают самоубийства своих кумиров, производивших впечатление беззаботных и счастливых людей. Смерть Мэрилин Монро в 1963 году произвела именно такое впечатление и на короткое время привела к повышению уровня самоубийств по всей стране.>

Знаменитости

Когда исследователь Стивен Стэк (Stack, 1987) проанализировал данные о самоубийствах в США за период с 1948 по 1983 год, он обнаружил, что после самоубийств звезд эстрады и политиков, как правило, следует ряд самоубийств по всей стране. Например, в течение недели после самоубийства Мэрилин Монро в 1963 году уровень самоубийств по всей стране вырос на 12 % (Phillips, 1974).

Наиболее известные случаи

Если у самоубийства есть странные или необычные аспекты, то новости в СМИ, как правило, сосредотачиваются именно на них. Такие нашумевшие дела провоцируют аналогичные самоубийства (Ishii, 1991). В течение года после нашумевшего самосожжения в Англии еще 82 человека подожгли себя с точно таким же летальным исходом (Ashton & Donnan, 1981). По данным исследований, у большинства этих людей ранее возникали эмоциональные проблемы и ни одно из этих самоубийств не имело никакой политической подоплеки и не было связано с нашумевшим случаем.

Имитаторы, по всей вероятности, реагировали на свои проблемы тем же способом, что и известные самоубийцы, о которых они читали или за которыми наблюдали.

Некоторые клиницисты считают, что более ответственно подаваемая информация могла бы снизить пугающее влияние нашумевших самоубийств (Mulder, 1996; Motto, 1967). Такие сообщения, например, появились, когда в СМИ писали и показывали репортажи о самоубийстве Курта Кобэйна из группы «Nirvana». На MTV после этого события мелькали клипы с посланием: «Не делай этого!». Тысячи молодых людей звонили на MTV и другие радио- и телевизионные станции через несколько часов после сообщения о смерти Кобэйна, расстроенные, обеспокоенные, при этом некоторые из них даже хотели покончить с собой. Некоторые из теле- и радиостанций давали телефонные номера центров по предотвращению самоубийств, представляя интервью с экспертами по самоубийствам и предлагая непосредственную консультацию и совет тем, кто звонил. Вероятно, благодаря таким мерам обычный уровень самоубийств как в Сиэтле, родном городе Кобэйна, так и по стране не изменился (Colburn, 1996).

Коллеги по работе

Огласка, которая следует после самоубийств в школе, на рабочих местах или в маленьком обществе, может спровоцировать новые попытки самоубийства. После суицида новобранца в одном из подготовительных центров ВМФ США там же была совершена еще одна попытка суицида. Чтобы пресечь волну самоубийств, командование подготовительного центра организовало образовательную программу

по суициду и сессии групповой терапии для новобранцев, близко знакомых с самоубийцами (Grigg, 1988).

<Вопросы для размышления. Какие меры предосторожности или действия следует предпринимать масс-медиа и творческим работникам, когда они изображают известные случаи самоубийств?>

Резюме

Условия жизни человека часто оказываются причиной самоубийства. Суицидальные действия могут быть вызваны недавними стрессами, такими как потеря любимого человека или работы, и длительными стрессовыми факторами, например, серьезной болезнью, насилием и жестокостью окружения, стрессами на работе. Суициду также могут предшествовать смена настроения или мыслей, в особенности усиление ощущения безысходности или дихотомическое мышление, а кроме того, применение алкоголя или других видов наркотиков.

Более половины людей, совершающих попытку самоубийства, страдают психическим расстройством, в частности расстройством настроения, расстройством, связанным со злоупотреблениями алкоголем и наркотиками, или шизофренией. Наконец, многие люди, которые пытаются убить себя, недавно заметили или читали о ком-то еще — например, знаменитом человеке, покончившем с собой.

<Картина суицида. Большинство людей, представляя самоубийство, воображают себе решительного мужчину с пистолетом, похожего на героя картины Алекса Колвилла «Заряженный пистолет и мужчина», 1988. Этот образ довольно точен — мужчины совершают самоубийство чаще женщин и, как правило, пользуются огнестрельным оружием.>

Объяснения суицида.

Большинство людей, сталкивающихся с трудными ситуациями, никогда не пытаются убить себя. Пытаясь понять, почему некоторые люди более склонны к суициду, чем другие, теоретики предложили более широкие объяснения самодеструктивных действий. Самые распространенные теории основываются на психодинамической, биологической и социокультурной точке зрения. Эти объяснения, однако, не встречают большой поддержки и они не описывают все типы самоубийств. Так что клиницистам в настоящее время не хватает четкого понимания природы суицида.

<Психологические заметки. В 1910 году в Вене состоялась первая научная конференция, посвященная изучению самоубийств.>

Психодинамическая точка зрения.

Многие теоретики психодинамического направления считают, что суицид возникает из-за депрессии и гнева на других, который человек направляет на самого себя. Эту теорию впервые предложил Вильгельм Штекель на встрече в Вене в 1910 году, когда заявил, что «себя убивает тот, кто хотел убить другого или по крайней мере желал смерти другого человека» (Shneidman, 1979).

Как мы знаем, Фрейд (1917) и Абрахам (1916, 1911) предположили, что когда люди переживают реальную или символическую утрату любимого, они бессознательно включают этого человека в свою собственную идентичность и чувствуют по отношению к себе то, что чувствовали по отношению к другому человеку (смотри главу 6). На короткое время негативные чувства по отношению к утраченному любимому человеку переживаются как ненависть к себе. Гнев по отношению к любимому может превратиться в сильный гнев по отношению к самому себе и наконец перерасти в обширную депрессию. Суицид — крайнее выражение такой ненависти к себе. Следующее описание попытки самоубийцы показывает, как проявление этих сил:

27-летняя женщина, всегда отличавшаяся добросовестностью и ответственностью, порезала себе запястья ножом, «чтобы наказать себя за то, что она тираническая, безответственная, эгоцентричная и жестокая». Этот случай подействовал на нее просто ошеломляюще и она почувствовала сильное облегчение, когда терапевт объяснил, что эти ее слова намного лучше описывают ее недавно умершего отца, чем ее саму. (Gill, 1982, p.15).

Развивая точку зрения Фрейда, исследователи обнаружили взаимосвязь между утратами в детстве и более поздними попытками самоубийства (Paykel, 1991). В одном из исследований двухсот историй семей обнаружилось, что среди тех, кто пытался

покончить с собой, гораздо чаще встречались люди, потерявшие родителей, чем в контрольной группе людей, не проявлявших склонности к попыткам суицида (Adam, Bouckoms & Streiner, 1982). Обычно это была смерть отца и развод или раздельная жизнь родителей, особенно в первые годы жизни или в конце подросткового возраста. Ближе к концу своей научной деятельности Фрейд предположил, что у людей существует базовый инстинкт смерти. Фрейд называл этот инстинкт «Танатос». Танатос противоречит «инстинкту жизни». По мнению Фрейда, пока большинство людей учится направлять свой инстинкт смерти в отношении самих себя на других, люди, склонные к самоубийству, попадают в сети гнева на самих себя и направляют этот инстинкт прямо на себя (Freud, 1955).

Данные социологических исследований соответствуют этому объяснению суицида. Обнаружилось, что уровень суицида в нации падает в периоды войн, когда, как можно было бы объяснить, людей поощряют направлять энергию саморазрушения против «врага». Кроме того, в обществе с высоким уровнем убийств уровень суицида довольно низкий и наоборот (Somasundaram & Rajadurai, 1995). Тем не менее исследование не установило, что люди, склонные к суициду, как правило, испытывают сильное чувство гнева. Несмотря на то, что враждебность — важная составляющая части самоубийств, некоторые исследования обнаруживают, что другие эмоциональные состояния встречаются чаще, чем гнев (Linehan & Nielsen, 1981; Shneidman, 1979).

К концу жизни Фрейд и сам выражал недовольство своей теорией суицида. Другие теоретики психодинамического направления также в течение многих лет оспаривали его идеи, однако темы потери и агрессии, направленной на самого себя, как правило, остаются в центре их объяснений (Bose, 1995; Kincel, 1981).

<Во имя других. По мнению Эмиля Дюркгейма, люди, которые намеренно приносят свою жизнь в жертву другим, совершают альтруистическое самоубийство. Бэтси Смит, у которой был трансплантат сердца, предупредили, что она скорее всего умрет, если не прервет беременность, но она предпочла родить ребенка и умереть при родах.>

Социокультурная точка зрения

В конце XIX века социолог Эмиль Дюркгейм (1897, 1951) разработал общую теорию суицидного поведения. Сегодня эта теория продолжает оказывать влияние на ученых. По мнению Дюркгейма, вероятность суицида определяется тем, насколько человек привязан к таким социальным группам как семья, религиозные институты и общество. Чем сильнее связи человека с этими группами, тем ниже вероятность суицида.

Наоборот, люди, у которых плохие взаимоотношения с обществом, подвергаются большей угрозе самоубийства. Дюркгейм определял несколько категорий суицида, в том числе *эгоистический*, *альтруистический* суицид и суицид *на почве аномии*.

Эгоистический суицид совершают люди, которых общество почти или целиком не контролирует. Их не беспокоят нормы или правила общества и они не являются частью социальной ткани. В соответствии с Дюркгеймом, этот тип суицида более свойственен изолированным людям, отчужденным и не религиозным. Чем больше число таких людей живет в обществе, тем выше уровень суицида.

Альтруистический суицид, наоборот, совершают люди, которые настолько хорошо интегрируются в обществе, что намеренно приносят в жертву свою жизнь в обмен на благополучие. Солдаты, которые бросались на гранаты, чтобы спасти других, японские пилоты-камикадзе, отдавшие жизнь в воздушных атаках, и буддийские монахи, протестовавшие против войны во Вьетнаме и поджигавшие себя, — все они совершали альтруистический суицид. По мнению Дюркгейма, общество, которое поощряет альтруистическую смерть и смерть ради сохранения собственной чести (как это делают на Дальнем Востоке), также, по всей вероятности, имеет более высокий уровень самоубийств.

Суицид на почве аномии — это еще одна категория, предложенная Дюркгеймом, — тип самоубийств, который совершают люди, чье социальное окружение не предоставляет им стабильных структур, таких как семья и религия, которые бы поддерживали и придавали жизни смысл. Такое состояние общества называется *аномией* (буквально «беззаконием»), оно лишает его членов ощущения принадлежности.

В отличие от эгоистического суицида, который является актом человека, отрицающего структуру общества, суицид на почве аномии — это акт человека, которого унизило неорганизованное, неадекватное или переживающее упадок общество.

Эгоистический суицид — самоубийство, которое совершается людьми, совсем или почти неконтролируемыми обществом, людьми, которых не волнуют общественные

правила или нормы.

Альтруистическое самоубийство — самоубийство, которое совершается людьми, намеренно приносящими свою жизнь в жертву общественному благу.

Суицид на почве анонии — самоубийство, которое совершают люди, чье социальное окружение не предоставляет им стабильности и не формирует у них чувства принадлежности.

Дюркгейм считал, что когда общество переживает период анонии, то уровень самоубийств возрастает. Исторические тенденции поддерживают эту точку зрения. Периоды экономической депрессии могут принести в страну аномию и в такое время уровень самоубийств в нации увеличивается (Yang et al., 1992; Lester, 1991). Периоды, когда меняется состав населения и наблюдается большой приток иммигрантов, также приносит в общество состояние анонии, и снова уровень самоубийств возрастает (Ferrada et al., 1995; Stack, 1981).

<«Нет благороднее печали, чем горе об утрате родины». — Еврипид «Медее», 421 н.э.>

Гораздо чаще к суициду, вызванному аномией, приводит серьезное изменение в непосредственном окружении человека, а не общественные проблемы. Например, люди, которые внезапно получают много денег, проходят периоды анонии по мере того, как меняются их взаимоотношения с социальными, экономическими и профессиональными структурами. Таким образом, Дюркгейм предсказал, что в обществе с большими возможностями к переменам индивидуального благосостояния или статуса будет наблюдаться более высокий уровень самоубийств; это предсказание также подтверждается исследованиями (Lester, 1985).

Теория суицида Дюркгейма выделяет важность социальных и общественных факторов. Несмотря на то, что сегодняшние социокультурные теоретики не всегда полностью принимают идеи Дюркгейма, большинство признает, что структура общества и культурный стресс играют большую роль в росте самоубийств. На самом деле такая социокультурная точка зрения преобладает в изучении суицида. Мы наблюдали это влияние раньше, когда писали об исследовании, связывавшем суицид с общими факторами, такими как религиозная аффилиация, семейный статус, гендер, раса и социальный стресс. Это влияние проявится и тогда, когда мы коснемся взаимосвязи между суицидом и возрастом.

Несмотря на влияние социокультурных теорий, они не могут сами объяснить, почему некоторые люди, переживающие социальное давление, совершают самоубийство, тогда как большинство этого не делает. Дюркгейм и сам сделал вывод о том, что окончательное объяснение, вероятно, включает взаимодействие между социокультурными и личностными факторами.

<Психологические заметки. В США каждый год совершается больше самоубийств (29 000), чем убийств (26 000).>

Биологическая точка зрения.

В течение многих лет исследователи по большей части опирались на изучение воспитания в семье, чтобы поддержать свою точку зрения о том, что на суицидное поведение влияют биологические факторы. Они постоянно обнаруживали наиболее высокий уровень самоубийства среди родителей и близких родственников самоубийц, чем в семьях, члены которых не пытались покончить с собой (Brent et al., 1996).

Основываясь на таких данных, можно сделать вывод, что здесь срабатывают генетические факторы (Roy, 1992; Garfinkel, Froese & Golombek, 1979).

Исследования близнецов также подтверждают это представление о самоубийстве. Исследователи, изучавшие близнецов, родившихся в Дании между 1870 и 1920 годами, выявили 19 пар однояйцевых близнецов и 58 пар разнояйцевых близнецов, в которых по крайней мере один из близнецов совершил самоубийство (Juel-Nielsen & Videbech, 1970). В четырех идентичных парах второй близнец также совершал самоубийство (21 %), при этом ни один из разнояйцевых близнецов в паре не повторял самоубийства.

Как и в семейном воспитании и исследовании близнецов, эти данные не обязательно интерпретировать с точки зрения биологии. Клиницисты психодинамического направления могут возразить, что дети, чьи близкие родственники совершают самоубийство, склонны к депрессии и суициду, потому что они потеряли любимого человека в критическую стадию развития. Теоретики психодинамики могли бы подчеркнуть моделирующую роль, которую играют родители или близкие родственники тех, кто пытается совершить самоубийство.

В прошлое десятилетие лабораторные исследования предложили более конкретное

подтверждение биологической точки зрения на суицид. У людей, совершающих самоубийство, обнаруживается низкий уровень активности нейротрансмиттера *серотонина* (Mann & Malone, 1997; Stanley, 1991). Первый намек на эту взаимосвязь появился в исследовании психиатра Мэри Асберг и ее коллег (Asberg et al., 1976). Они изучили 68 пациентов, страдающих от депрессии, и обнаружили, что у 20 пациентов особенно низкий уровень серотонина. Оказалось, что 40 % людей с пониженным уровнем серотонина пытались совершить самоубийства, а среди испытуемых с высоким уровнем серотонина пытались покончить с собой всего 15 %. Исследователи интерпретировали это так, что низкий уровень активности серотонина может быть «определяющим фактором в акте самоубийства». Более поздние исследования обнаружили, что люди с низкой активностью серотонина, которые неудачно пытались совершить самоубийство, в десять раз чаще повторяют попытку и кончают с жизнью, чем люди с большой активностью серотонина (Roy, 1992; Asberg et al., 1976). На первый взгляд, эти исследования могут сказать нам только то, что многие люди, впадающие в депрессию, пытаются покончить с собой. Кроме того, депрессия сама по себе связана с низким уровнем активности серотонина. С другой стороны, есть доказательства низкого уровня активности серотонина даже среди испытуемых, склонных к суициду, у которых не было депрессии (Van Praag, 1983; Brown et al., 1982). То есть низкий уровень активности серотонина, по-видимому, играет роль при самоубийстве, независимо от депрессии.

Как тогда может низкая активность серотонина усилить вероятность суицидного поведения? Возможно, имеет значение и агрессивность (Linnoila & Virkkunen, 1992). Например, было обнаружено, что активность серотонина ниже у агрессивных мужчин, чем у не агрессивных (Brown et al., 1992, 1979), и что активность серотонина чаще ниже у тех, кто совершает такие агрессивные поступки, как поджог или убийство (Bourgeois, 1991). Подобные данные предполагают, что низкая активность серотонина способствует появлению агрессивных чувств и импульсивному поведению (Volavka, 1995; Bourgeois, 1991). У людей в состоянии клинической депрессии низкий уровень серотонина может приводить к агрессивным и импульсивным тенденциям, которые делают их особенно склонными к мыслям о самоубийстве и действиям. Даже при отсутствии депрессивного расстройства у людей с низкой активностью серотонина возникают сильные агрессивные чувства, так что эти люди начинают представлять опасность для самих себя и для других.

Резюме

Основные объяснения самоубийства строятся на психодинамической, социокультурной и биологической модели. Каждое из них лишь отчасти подтверждается практическими исследованиями. Теоретики психодинамики утверждают, что самоубийство, как правило, возникает из депрессии и гнева человека, направленного на самого себя. Социокультурная теория Эмиля Дюркгейма включает три категории самоубийства, основанные на взаимоотношении человека и общества: эгоистическое самоубийство, альтруистическое самоубийство и самоубийство на почве аномии. Теоретики биологии считают, что активность нейротрансмиттера серотонина особенно снижена у людей, которые совершают самоубийство.

Самоубийства в разных возрастных группах.

Вероятность совершения самоубийства, как правило, с возрастом увеличивается, несмотря на то, что попытаться убить себя могут люди всех возрастов (см. рис. 7.3). В последнее время клиницисты особое внимание уделили самодеструктивному поведению в трех возрастных группах: среди детей, подростков и пожилых людей. Несмотря на то, что все характеристики и теории, объясняющие суицид, рассматривавшиеся в этой главе, можно применить ко всем возрастным группам, каждая группа сталкивается со своими уникальными проблемами, которые могут играть ключевую роль в акте самоубийства ее членов.



Рисунок 7.3. Изменение уровня самоубийств в течение ряда лет. Уровень самоубийств пожилых людей в целом снижается на протяжении полувека, а уровень самоубийств молодежи, наоборот, растет. Все же пожилые люди по-прежнему рискуют кончить жизнь самоубийством (Адаптировано из McIntosh, 1996, 1991, 1987).

Патология и искусство

Самоубийство в семье

1 июля 1996 года фотомodelь и актриса Марго Хемингуэй покончила с собой, приняв большую дозу барбитуратов. Она была пятым человеком из четырех поколений членов семьи, покончивших с собой. Ее смерть наступила спустя почти 35 лет с того дня, как покончил с собой ее знаменитый отец, романист Эрнест Хемингуэй, (справа), застреливший себя. Он находился в сильной депрессии из-за прогрессирующей болезни и отказался переносить лечение электрошоковой терапией.

Марго Хемингуэй страдала от сильной депрессии, алкоголизма и булимии. В 70-е она сделала очень успешную карьеру модели и актрисы, но в последние годы ее работа заключалась в основном в рекламе и участии в малобюджетных фильмах. Как говорили ее друзья, она на протяжении нескольких лет пыталась справиться со своими страданиями и проблемами. «Меня учили, что это по-хемингуэевски, сносить удары и стойчески терпеть их».

<Вопросы для размышления. Самоубийства иногда становятся характерными для целых семей. Почему это может происходить? Среди многих семей в памяти возникает пример семьи Хемингуэя. Какие проблемы и вопросы может вызвать такое воспоминание у любого человека и как оно может повлиять на его жизнь?>

Дети.

Несмотря на то, что самоубийства среди детей встречаются сравнительно редко, за последние несколько лет уровень детских самоубийств увеличился. Приблизительно 300 детей младше 14 лет в США теперь совершают самоубийство каждый год — около 0.5 на 100 000 в данной возрастной группе, этот уровень почти на 800 % выше, чем в 1950 году (Stillion & McDowell, 1996; NCHS, 1993). Мальчики превосходят девочек в соотношении 3:1. Кроме того, каждый год в больницы попадает 12 000 детей за умышленно деструктивные акты, например, нанесение колотых ран, порезы, ожоги, передозировка лекарств или прыжки с высоты.

В одном исследовании попыток самоубийства детей было обнаружено, что большинство из них принимает чересчур большое количество лекарств дома, половина живет только с одним из родителей и четверть уже пыталась покончить с собой раньше (Kienhorst et al., 1987). По результатам последних исследований дети все чаще применяют пистолеты, когда пытаются покончить с собой (Cytryn & McKnew, 1986).

Исследователи обнаружили, что попыткам суицида у маленьких детей предшествуют побег из дома, тенденция попадать в аварии, стремление притворяться, вспышки раздражения, уход от общения и одиночество, обостренная чувствительность к критике, нетерпимость к фрустрации, мрачные фантазии и грезы и повышенный интерес к смерти и самоубийству (Cytryn & McKnew, 1996; McGuire, 1982).

Исследования связывают детский суицид с недавней или предстоящей потерей любимого человека, стрессом в семье и безработицей родителей, жестоким обращением родителей и клиническим уровнем депрессии (Cytryn & McKnew, 1996; Pfeffer et al., 1993).

Большинству людей трудно поверить в то, что дети полностью понимают значение

акта самоубийства. Они считают, что так как мышление ребенка ограничено, дети, которые совершают попытки самоубийства, попадают в категорию Шнейдермана «игнорирующих смерть», как, например, Билли, который стремился присоединиться в своей матери на небесах (Fasko & Fasko, 1991). Многие самоубийства детей, однако, как представляется, основываются на четком понимании смерти и на желании умереть (Carbon et al., 1994; Pfeffer, 1993, 1986). Кроме того, суицидный тип мышления больше распространен у нормальных детей, чем считает большинство людей (Kovacs et al., 1993; Pfeffer et al., 1984). Клинические интервью со школьниками обнаруживают, что 6-33 % из них думали о суициде (Culp, Clyman & Culp, 1995; Jacobsen et al., 1994).

Подростки и молодежь.

Дорогая мама, папа и все остальные. Простите меня за то, что я сделал, но я любил вас всех и буду любить вас всегда, вечно. Пожалуйста, пожалуйста, пожалуйста, не вините себя за это. Это все была моя вина, не ваша или кого-то другого. Если бы я не сделал этого сейчас, я бы сделал это позже. Мы все умрем когда-нибудь, я просто умер раньше.

Люблю вас, Джон (Berman, 1986)

Самоубийство 17-летнего Джона было заурядным случаем. Свыше 2000 тинейджеров, или 11 из каждых 100 тысяч, совершают самоубийство в США каждый год и 250 тысяч тинейджеров делают попытку покончить с собой (NCHS, 1991; US. Bureau of the Census, 1990). Из-за того, что молодые люди редко страдают тяжелыми или смертельными заболеваниями, самоубийство стало третьей основной причиной смертности в этой возрастной группе после несчастных случаев и убийств (Dickstra et al., 1995; Berman, 1986). Более того, по результатам опроса, половина всех тинейджеров признались в том, что им приходили в голову мысли о суициде (Diekstra et al., 1995).

Несмотря на то, что молодые белые американцы более склонны к суициду, чем афроамериканцы, показатели самоубийств в этих двух группах выравниваются (Berman, 1986). Такая тенденция, вероятно, отражает в равной степени возрастающее давление и на тех и на других. Например, в колледже и в тех и в других группах существует сильная конкуренция за хорошую успеваемость и возможности. Увеличивающиеся показатели самоубийств среди молодых афроамериканцев могут отражать и рост безработицы среди них, это может быть последствием многочисленных тревог городской жизни и ярости, которую чувствуют многие молодые афроамериканцы из-за расового неравенства в нашем обществе (Lipschitz, 1995; Hendin, 1987).

Около половины самоубийств тинейджеров, как и суициды людей из других возрастных групп, связаны с клинической депрессией, низкой самооценкой и ощущением безнадежности, однако многие тинейджеры, которые пытаются убить себя, по-видимому, борются с гневом и импульсивностью (Harter & Marold, 1994; Kashden et al., 1993). Кроме того, подростки, которые думают о самоубийстве или пытаются его совершить, часто находятся в состоянии сильного стресса (de Man et al., 1992; de Wilde et al., 1992). Многие из них переживают длительный стресс, например, утрату родителей или плохие отношения с ними, семейные конфликты, неадекватные взаимоотношения со сверстниками и социальную изоляцию (Garnefski & Diekstra, 1997; Diekstra et al., 1995). Их действия также могут быть обусловлены более непосредственным стрессом, например, безработицей родителей, финансовыми затруднениями в семье или проблемами с подругой или другом.

< Учебный стресс. Интенсивная учеба и тестирование в японской образовательной системе у многих студентов вызывают высокий уровень стресса. Школьники в этом классе проходят занятия в специальном летнем лагере, где им помогают восстановить силы. При этом подростки получают дополнительные уроки и сдают экзамены в течение 11 часов в день.>

Стресс в школе — наиболее распространенная проблема среди тинейджеров, совершающих попытку самоубийства (Ho et al, 1995; Brent et al, 1988). У некоторых школьников возникают проблемы успеваемости, а другие школьники, с высокими оценками, наоборот, испытывают стресс из-за того, что им надо быть лучше других и оставаться первыми в классе. (Delisle, 1986; Leroux, 1986).

Некоторые теоретики считают, что период юности сам по себе создает стрессовый климат, в котором более вероятно совершение попытки суицида (Harter & Marold, 1994; Maris, 1986). Юность — это период быстрого роста, и в нашем обществе он зачастую связан с конфликтами, ощущением депрессии, напряжением и проблемами

в школе и дома. Подростки, как правило, более чувствительно, более сердито, драматично и импульсивно реагируют на события, чем люди из других возрастных групп; таким образом, вероятность актов суицида во времена стресса возрастает (Kaplan, 1984; Taylor & Stansfield, 1984). Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида (Hazell & Lewin, 1993; Berman, 1986). В одном исследовании было обнаружено, что 93 % подростков, пытавшихся покончить с собой, оказались знакомы с кем-то, кто уже совершал попытку самоубийства (Congrad, 1992). <«Неуправляемые страсти — по большей части просто безумие». — Томас Гоббс, «Левиафан»>

Чаще всего попытки тинейджеров покончить с собой оказываются неудачными — пропорция здесь может быть 100:1. (Diekstra et al., 1995). Это необычайно большое количество безуспешных попыток самоубийства может означать, что тинейджеры действительно не столь решительно, как люди постарше. Предпринимаемая суицидальные попытки, некоторые из подростков действительно желают умереть, тогда как многие просто хотят дать понять другим, в какой отчаянной ситуации они находятся, как им нужна помощь, или хотят преподать окружающим урок (Hawton, 1986; Hawton et al., 1982). Меньше половины тинейджеров, совершающих попытку самоубийства, в дальнейшем пытаются снова покончить с собой, и из них лишь 14 % в конце концов погибают (Diekstra et al., 1995; Diekstra, 1989).

В странах всего мира уровень самоубийства молодежи не только высок, но он еще и увеличивается. В целом, с 1955 года уровень самоубийств молодых людей возрос более чем вдвое, как и уровень самоубийств молодых взрослых (McIntosh, 1996, 1991; US Bureau of the census, 1994, 1990). Предлагались некоторые теории, в большинстве которых указывалось на социальные изменения, объясняющие этот драматический рост. Во-первых, по мере того как число и пропорция тинейджеров и молодых взрослых в общем числе населения продолжает расти, в ней усиливается конкуренция за работу, учебу в колледже, академические и спортивные достижения, и вместе с этим у многих рушатся мечты и не удовлетворяются амбиции (Holinger & Offer, 1993, 1991, 1982). Другие объяснения указывают на ослабление связей в семье, что приводит к чувству отчуждения и отвержения у многих современных молодых людей, возрастает доступность наркотиков, и многие молодые взрослые люди и тинейджеры чувствуют давление среды, провоцирующей их воспользоваться наркотиками (Jones, 1997; de Man & Leduc, 1995). При проведении двух исследований было обнаружено, что 70% тинейджеров, пытавшихся покончить с собой, в той или иной степени злоупотребляли наркотиками или алкоголем (Miller et al., 1991; Shafii et al., 1985). Масс-медиа, сообщаящие о попытках суицида среди тинейджеров и молодых взрослых, могут также влиять на рост суицида среди молодежи (Myatt & Greenblatt, 1993; Gould et al., 1990). Подробные репортажи и описания суицида тинейджеров, которые в последние годы предлагают масс-медиа и художественные произведения (кинофильмы и литература), служат моделью для молодых людей, подумывающих о том, чтобы покончить с собой. После того как в 1987 году в городе Нью-Джерси произошло групповое самоубийство четверых подростков (об этом случае много писали и говорили в прессе), десятки тинейджеров в США последовали их примеру (по крайней мере 12 случаев закончилось летальным исходом), а двое из них покончили с собой в том же гараже всего неделю спустя.

Пожилые.

В западном обществе пожилые люди чаще совершают самоубийство, чем представители любой другой возрастной группы (Osgood & Eisenhandler, 1995) (см. рис. 7.1 и 7.3). Около 19 из каждых 100 тысяч человек в возрасте старше 65 в США кончают с собой (McIntosh, 1995, 1992). Самоубийство пожилых в 80-е годы в США составляло более 19 % от числа всех самоубийств, однако это всего 12 % от общего числа населения (McIntosh, 1992).

Многие факторы влияют на такой большой показатель самоубийств (Hepple & Quinton, 1997; Canetto, 1995). По мере того как люди становятся старше, они все чаще болеют, теряют близких друзей и родственников, утрачивают контроль своей жизни и общественный статус. Пожилые зачастую чувствуют безысходность, одиночество или депрессию, и поэтому естественно среди них возрастает вероятность совершения самоубийства. Как показало одно из исследований, 44 % пожилых людей, совершавших самоубийства, делали это из-за страха, что их поместят в дом престарелых (Loebel et al., 1991). Уровень самоубийств среди пожилых людей, недавно потерявших супруга или супругу, также необычайно высок (Li, 1995; McIntosh, 1995,

1992).

Старики предпринимают более решительные попытки, чем молодые самоубийцы, и поэтому они чаще успешно кончают с собой (McIntosh, 1992, 1987). Очевидно, что один из каждых четырех пожилых людей, совершающих попытку самоубийства, добивается успеха. Учитывая решимость пожилых и их плохое физическое состояние, многие настаивают, что пожилым людям, которые хотят умереть и ясно мыслят, надо позволить осуществить свое желание. Тем не менее клиническая депрессия, по-видимому, играет существенную роль в такого рода самоубийствах, так как она — причина более чем 60 % самоубийств. Поэтому можно сделать вывод, что пожилых людей больше, чем остальных, следует лечить от депрессивных расстройств (Cattell & Jolley, 1995; McIntosh, 1995).

<«Старости больше надо бояться, чем смерти». — Ювенал, «Сатиры» XI>

Уровень суицида среди пожилых людей намного ниже, чем в некоторых национальных меньшинствах. Несмотря на то, что среди коренных американцев самый высокий уровень самоубийств, например, уровень самоубийств среди пожилых коренных американцев довольно низок (McIntosh & Santos, 1982). Коренные американцы высоко ценят пожилых, их мудрость и опыт, накопленный за много лет, и может быть поэтому уровень самоубийств среди них сравнительно низок (McIntosh & Santos, 1982). Напротив, пожилые белые американцы оцениваются обществом довольно негативно (Butler, 1975).

Точно так же уровень самоубийств составляет всего одну треть среди пожилых афроамериканцев, по сравнению с пожилыми белыми американцами (McIntosh, 1992). Одно из объяснений такого низкого уровня самоубийств — множество стрессовых факторов, действующих на афроамериканцев, когда «выживает только сильнейший» (Seiden, 1981). Те, кто доживает до преклонного возраста, преодолели много трудностей и, как правило, гордятся тем, чего достигли. Так как для белых американцев дожить до седых волос само по себе не является каким-то особым достижением, то у них складывается другая установка по отношению к жизни и старости. Можно еще предположить, что пожилые афроамериканцы успешнее справляются с яростью, толкающей на самоубийство молодых афроамериканцев.

<Психологические заметки. В прошлом к телам самоубийц относились с неуважением. Вплоть до 1811 года в Англии был обычай хоронить жертву ночью на перекрестке с воткнутым в сердце колом. Во Франции и в Англии в XVIII веке труп волочили по улицам вниз головой на деревянной тележке, как преступников на место казни (Roesch, 1991; vans & Farberow, 1988).>

Сцены из современной жизни

Право на самоубийство

Осенью 1989 года врач из Мичигана Джек Кеворкян сделал «аппарат для самоубийства». Воспользовавшийся им человек мог, прикоснувшись к кнопке, заменить физиологический раствор, вводящийся в вены, на вещества, которые приводят пациента в бессознательное состояние и вызывают смерть. В следующем году в июне миссис Адкинс с помощью доктора покончила с собой. Она оставила записку с объяснением: «Это решение я приняла в нормальном состоянии рассудка и все обдумала. У меня болезнь Альцгеймера, и я не хочу, чтобы она развивалась дальше. Я не хочу подвергать себя и свою семью мучениям, связанным с этой ужасной болезнью». Миссис Адкинс считала, что у нее есть право выбирать смерть и что ее выбор разумен. Муж больной поддержал ее решение. Доктор Кеворкян считает, что «аппарат» может оказать ценную помощь человеку, у которого есть полное основание для самоубийства. Власти Мичигана, тем не менее, сразу же запретили использовать это приспособление. (Адаптировано из Belkin, 1990; Malcolm, 1990).

Действительно ли у людей есть право совершать самоубийство, или общество должно остановить этот акт (Clay, 1997; West, 1993)? Продолжающиеся до сих пор судебные сражения доктора Кеворкяна заставили многих людей задаваться теми же самыми вопросами.

Древние греки ценили физическое и психическое благополучие в жизни и достоинство в смерти. Поэтому людям с серьезной болезнью или психическими страданиями разрешалось совершить самоубийство. Афиняне могли получить специальное разрешение ареопага и покончить с жизнью, для этой цели архонты давали им сок цикуты (Humphry & Wickett, 1986).

Напротив, американская традиция не поощряет суицид и апеллирует к святости жизни (Eser, 1981). Мы говорим о «совершении» самоубийства, как если бы это было преступление (Barrington, 1980), и позволяем государству использовать силу, в том

числе и принудительное лечение в психиатрических учреждениях, чтобы предотвратить этот акт (Grisez & Boyle, 1979). Однако времена и установки меняются. Сегодня идеи о «праве на самоубийство» и «разумное самоубийство» получают все больше поддержки общественности, психотерапевтов и врачей. Фактически, как позволяют сделать вывод исследования, половина современных врачей считает, что самоубийство в некоторых случаях может быть разумным (Duberstein et al., 1995). Общественная поддержка права на суицид оказывается сильнее, когда речь идет о сильной боли и смертельной болезни (Werth, 1996; Siegel, 1988). По данным опросов около половины или больше американцев считает, что смертельно больные люди должны иметь право покончить с собой или воспользоваться помощью врача для того, чтобы убить себя (Drane, 1995; Duberstein et al., 1995). Есть свидетельства того, что врачи и пациенты действуют, основываясь на этих убеждениях. Недавнее исследование 118 врачей, специалистов по СПИДу, в Сан-Франциско показало, что половина респондентов помогали пациентам совершить самоубийство, прописав им смертельную дозу наркотиков (Slome et al., 1997).

Закон традиционно подтверждает право человека на собственный выбор (Miesel, 1989), а некоторые люди считают, что эта концепция простирается на «право на свободу», оправдывающее самоубийство (Siegel, 1988; Battin, 1982). Другие рассматривают суицид как «естественное право», сопоставимое с правом на жизнь, собственность и свободу слова (Battin, 1982). Большинство этих людей, однако, ограничило бы такое право теми ситуациями, когда акт суицида действительно «разумен», то есть подобный выбор делается только, когда жизнь перестает быть обогащающей и удовлетворяющей (Weir, 1992; Eser, 1981). Большинство не согласно с тем, что самоубийство позволительно в «иррациональных» случаях, то есть мотивированных психическими расстройствами, например депрессией (Clay, 1997; Weir, 1992; Battin, 1982, 1980).

Оказывается все же, что даже при тяжелой болезни трудно определить, является ли желание человека покончить с собой разумным. Можно ли считать ощущение безысходности больного СПИДом человека реалистическим или это симптом депрессии? Некоторые исследования предполагают, что акты самоубийства пациентов больных раком и СПИДом часто совершаются под влиянием психологических и социальных дистрессов (Breitbart, Rosenfeld & Passik, 1996). Половина или больше таких пациентов, пытавшихся покончить с собой, возможно, страдает от клинической депрессии (Chochinov et al., 1995; Brown et al., 1986). Очевидно, что необходимо правильно оценить депрессию, если «право на смерть» станет легальным (Werth & Cobia, 1995). В некоторых случаях может быть полезнее помочь пациентам справиться со смертельной болезнью, чем разрешить им покончить с собой (Sullivan & Younger, 1994; Van Bommel, 1992).

Некоторые клиницисты также обеспокоены тем, что люди могут интерпретировать право на самоубийство скорее как «обязанность умереть», чем окончательную свободу (Seale & Addington-Hall, 1995). Пожилые люди могут счесть себя эгоистичными, если будут ждать, что родственники поддержат их и станут заботиться, в то время как у них будет одобряемая обществом возможность покончить с собой (Sherlock, 1983). В самом деле, многим уже кажется, что они слишком старые и становятся в тягость своей семье (Breitbart et al., 1996; Seale & Addington-Hall, 1995).

Наконец, если самоубийство будет оправдано и признано разумным, как подчеркивают некоторые, то вынужденную эвтаназию и убийство новорожденного будет тоже легко оправдать (Annas, 1993; Battin, 1982). По мере того как уход за смертельно больными людьми становится все более дорогостоящим, то не будет ли это незаметно стимулировать суицид среди бедных и неимущих слоев населения? Может ли помощь при совершении самоубийства стать формой контроля затрат на медицинское обслуживание (SHHV Task Force, 1995)? В Нидерландах, где узаконена помощь в самоубийстве и эвтаназия, но крайней мере в одном из тысячи случаев врачи «прекращают жизнь пациента без явно выраженной просьбы» (вынужденная эвтаназия) (Hendin, 1995; Seale & Addington-Hall, 1995).

Как решаются эти вопросы? Проблему понимания и предотвращения суицида еще предстоит решить в будущем, а также вопросы о том, где и когда нам следует отстраниться и ничего не предпринимать. Какую бы позицию человек не занимал, желание покончить с собой — это жизненно важный вопрос.

Резюме

Вероятность, паттерны и причины самоубийства варьируются в зависимости от возраста.

Самоубийства среди детей встречаются редко, хотя за последние несколько десятилетий их число несколько возросло.

Подростковые самоубийства — среди тинейджеров растет число самоубийц. Особенно много попыток самоубийства совершается именно среди представителей этой возрастной группы. Самоубийства среди подростков связаны с клинической депрессией, гневом, импульсивностью, большим стрессом и обусловлены просто образом жизни подростка. Растущий уровень самоубийств среди подростков и молодых взрослых может быть связан с растущим числом и пропорцией этих молодых людей в общем числе населения, ослаблением семейных уз, растущей доступностью и частым употреблением наркотиков среди молодых и широким освещением в прессе попыток суицида среди молодых.

<Уважение к пожилым. Пожилые люди высоко ценятся во многих традиционных обществах, так как они хранят накопленные знания. Поэтому не случайно самоубийства среди пожилых в этих культурах менее распространены, чем во многих индустриальных странах.>

Самоубийства пожилых людей — в западном обществе пожилые чаще совершают самоубийства, чем люди из любой другой возрастной группы. Потеря здоровья, друзей, контроля и статуса может привести к ощущению безысходности, одиночества или депрессии. Уровень суицида среди пожилых в США ниже в некоторых меньшинствах, вероятно, из-за различия в установках по отношению к пожилым в этих группах.

Терапия и суицид.

Терапия людей с суицидными наклонностями разделяется на две большие категории: терапия *после совершения попытки самоубийства* и *предупреждение суицида*.

Терапию также проходят родственники и друзья самоубийцы, у которых могут после попытки суицида возникнуть сильные чувства утраты, вины и гнева. Мы в нашем обзоре ограничимся рассмотрением терапии непосредственно людей с суицидными наклонностями (Moore & Freeman, 1995; Sapsford, 1995).

Терапия после совершения попытки самоубийства.

После попытки самоубийства большинство жертв нуждается в медицинской заботе. У некоторых самоубийц остаются серьезные увечья, их мозгу наносятся повреждения и у них возникают другие медицинские проблемы. Как только физическое увечье залечено, можно приступать к психотерапии и применению лекарственных препаратов. Пациент может оставаться в больнице на время лечения или жить дома и лишь приходить в больницу на курс терапии.

К сожалению, даже после попыток самоубийства большинство людей с суицидными наклонностями отказываются от продолжительного курса психотерапии. В случайной выборке нескольких сотен тинейджеров обнаружилось, что по крайней мере 9% из них совершали одну попытку самоубийства и лишь половина из них впоследствии прошла психологическое лечение (Harkavy & Asnis, 1985). В некоторых случаях виноваты оказываются сами психотерапевты, а иногда люди, пытавшиеся покончить с собой, отказываются от терапии. В одном исследовании подростков, пытавшихся покончить с собой, обнаружилось, что 40% не проходило впоследствии терапевтический курс (Piacentini et al., 1995).

Цель терапии поддержать людей, помочь им достичь несуицидного состояния сознания и показать более эффективные методы борьбы со стрессом (Shneidman, 1993; Moller, 1990). При этом применяются различные типы терапии, в том числе медикаментозная, психодинамическая, когнитивная, групповая и семейная терапия (Berman & Jobes, 1995, 1991; Canetto, 1995). Очевидно, терапия помогает.

Исследования показывают, что 30% тех, кто пытался покончить с собой и не прошел лечения, пытаются совершить самоубийство снова, по сравнению с 16% пациентов, прошедших курс терапии (Nordstrom, Samuelsson & Asberg, 1995; Allard et al., 1992). Неясно, однако, какой метод терапии эффективнее других (Canetto, 1995; Salkovskis et al., 1990).

<«Быть или не быть: вот в чем вопрос...» — Вильям Шекспир, «Гамлет»>

Предупреждение суицида.

За последние тридцать лет как в Северной Америке, так и в Западной Европе акцент сместился от лечения последствий попыток суицида к его предупреждению (Rihmer et

al., 1995; Tanney, 1995). В некоторых отношениях такая перемена вполне уместна: у терапевтов есть последняя возможность удержать многих потенциальных самоубийц от попытки суицида и сохранить им жизнь.

В 1955 году в Лос-Анджелесе в США началась первая программа по предупреждению самоубийств; первая такая же программа в Англии под названием «Самаритяне» началась в 1953 году. В США сейчас есть более 200 центров по предупреждению самоубийств и свыше 100 таких центров в Англии, и их число продолжает расти. (Lesler, 1989; Roberts, 1979). Кроме того, среди других видов услуг во многих центрах психического здоровья, в службах неотложной помощи, в сельских консультационных центрах и в центрах токсикологического контроля теперь в числе услуг есть и программы по предупреждению самоубийств.

В США в настоящее время имеется более 1000 горячих линий для людей, собирающихся покончить с жизнью, — это круглосуточные телефонные службы (Garland, Shaffer & Whittle, 1989). Те, кто звонят в эти службы, общаются с консультантом, как правило, полупрофессионалом, специалистом, обученным консультированию, но не имеющим диплома, работающим под наблюдением профессионала-психиатра (Neimeyer & Bonnelle, 1997).

Программа по предупреждению суицида — программа, в которой делается попытка выявить людей, которые могут попытаться покончить с собой и этим людям предлагают кризисное вмешательство.

В программах по предупреждению суицида и на горячих линиях с потенциальными самоубийцами обращаются как людьми в кризисной ситуации — то есть теми, кто испытывает сильный стресс, неспособен с ним справиться, чувствующими, что им угрожают или причиняют боль, или интерпретирующими свою ситуацию как такую, которую невозможно изменить. Эти программы предлагают кризисное вмешательство: они пытаются помочь людям, склонным к суициду, более объективно оценить свою ситуацию, их учат принимать более разумные решения, действовать конструктивно и преодолевать свой кризис (Frankish, 1994). Поскольку кризисы случаются у людей в любое время, центры, в которых проводятся эти программы, дают информацию о своих горячих линиях и всегда принимают тех, кто приходит без записи и предварительной договоренности.

Кризисное вмешательство — метод лечения, при котором делается попытка помочь людям в состоянии психологического кризиса более точно взглянуть на свою ситуацию, принять более эффективное решение и действовать более конструктивно по преодолению кризиса.

Хотя центры и различаются между собой, метод, применяемый Лос-Анджелесским центром по предупреждению суицида, отражает цели и методики многих подобных организаций (Litman, 1995; Maris & Silverman, 1995). Во время первого контакта перед консультантом стоит несколько задач (Shneidman & Farberow, 1968):

Установить позитивные взаимоотношения: поскольку позвонившие должны доверять консультантам, если они собираются следовать их предложениям, консультанты пытаются установить позитивный тон дискуссии. Они говорят позвонившим, что они слушают, понимают, что их интересует все, что им говорят, что они не осуждают позвонившего и с ними всегда можно будет связаться.

Понимание и прояснение проблемы: консультанты сперва сами пытаются понять характер данного кризисного состояния и затем помогают человеку так же четко и конструктивно понять его. Консультанты пытаются помочь звонившим увидеть главные проблемы и понять всю кратковременную природу их кризиса, они помогают найти другой выход из ситуации, кроме суицида.

Оценка потенциала суицида: работники кризисной службы в центре по предупреждению суицида в Лос-Анджелесе заполняют анкету, которая часто называется шкалой летальности, и таким образом оценивают потенциальную возможность человека совершить самоубийство. Эта шкала помогает им определить степень стресса, который испытывает позвонивший, его релевантные личностные характеристики, насколько детально он разработал план самоубийства, тяжесть симптомов и возможности преодоления стресса, которыми располагает позвонивший. **Оценка и мобилизация возможностей позвонившего;** несмотря на то, что позвонившие могут считать себя неэффективными и беспомощными, у людей с суицидными наклонностями есть много возможностей и сильных сторон, в том числе помощь родственников и друзей. Задача консультанта выяснить, различить и активизировать эти ресурсы.

Формулировка плана: консультант по кризису и позвонивший вместе разрабатывают

план действий. В сущности, они разрабатывают способ выхода из кризиса, альтернативу акта суицида. В большинство планов входит ряд последующих консультаций или непосредственно в центре или по телефону. В каждом таком плане от позвонившего требуется предпринимать некоторые действия и как-то изменить свою личную жизнь. Консультанты, как правило, заключают с позвонившим контракт о «несовершении акта суицида» — позвонивший обещает не пытаться кончать с собой или по крайней мере вновь выйти на связь с центром, если снова решит убить себя. Если позвонившие уже совершают самоубийство во время телефонного звонка, то консультанты пытаются выяснить, где они находятся и предоставляют им срочную медицинскую помощь.

<Как помешать самоубийству. Человек вырывается из рук полиции и бросается с моста в Нью-Йорке. Этот эпизод напоминает нам, что многие профессионалы сталкиваются с суицидным поведением. Отделы полиции, как правило, проводят специальное кризисное обучение полицейских, чтобы те овладели навыками, позволяющими им справиться с людьми, собирающимися покончить с собой.>

Несмотря на то, что кризисного вмешательства для ряда людей, склонных к суициду, может быть вполне достаточно (Hawton, 1986), большинству из них нужна еще и длительная терапия (Berman & Jobes, 1995; Litman, 1995). Если центр по кризисному вмешательству не предлагает такого рода терапии, консультанты направляют людей в другие центры или клиники.

По мере того как движение по предупреждению суицида стало в 60-е годы распространяться все шире, многие клиницисты сделали вывод, что можно те же техники по вмешательству в кризис применить для решения и других проблем помимо суицида. За последние три десятилетия техника вмешательства в кризис стала вполне уважаемой формой терапии, которая используется для решения таких разноплановых проблем, как потеря ориентации у тинейджеров, пристрастие к наркотикам и алкоголю, последствия изнасилования и жестокость супруга (Lester, 1989; Bloom, 1984).

<Вопросы для размышления. Желание человека умереть зачастую бывает амбивалентно. Кроме того, многие люди, которые думают о самоубийстве, не совершают его. Как тогда клиницисты могут принимать решение о том, чтобы помешать в больницу человека, думавшего о самоубийстве или предпринимавшего попытку к нему?>

Крупным планом

Установки по отношению к суициду: гендерный фактор

Мы уже знаем, что у мужчин и женщин разный уровень самоубийств, и обычно после попыток суицида к ним применяются различные методы лечения. Оказывается, что и к людям, совершающим самоубийства, мужчины и женщины относятся по-разному. Джудит Стиллион (Stillion, 1995) считает, например, что женщины более склонны выяснять детали самоубийства, чем мужчины. Они чаще мужчин обсуждают эту тему с людьми, совершавшими попытку самоубийства, и проявляют больше симпатии к потенциальным самоубийцам. Однако женщины в целом чаще, чем мужчины, не одобряют самоубийство как «решение» проблем.

<Вопросы для размышления. Почему женщины и мужчины могут придерживаться разных установок по отношению к самоубийству? Как эти установки связаны с паттернами суицидного поведения у женщин и мужчин? Какие выводы можно сделать, исходя из этого, о консультировании и кризисном вмешательстве?>

Эффективность предупреждения самоубийств.

Исследователи затрудняются определить эффективность программ по предупреждению суицида (Maris & Silverman, 1995; Eddy et al., 1987). Существует много типов программ, каждая со своими собственными процедурами, предназначенных для определенного слоя населения, возрастной группы, людей, испытывающих разный стресс и давление окружения. В группах, где есть высокий риск суицида, например, если значительную часть группы составляют пожилые люди или в этой группе у людей много экономических проблем, то уровень самоубийств остается высоким независимо от эффективности местных центров по предотвращению суицида.

Действительно ли центры по предотвращению суицида снижают число самоубийств в обществе? Исследователи-клиницисты в этом не уверены. (Canetto, 1995; Dew et al., 1987). Исследования, сравнивающие местный уровень самоубийств до и после организации центров по предотвращению суицида, показывают очень разные результаты. В некоторых из них обнаруживается снижение уровня самоубийств, а

другие данные показывают, что уровень не изменился или даже вырос (Lester, 1997; Dew et al, 1987; Weiner, 1969). Следовательно, опять-таки, даже увеличение уровня самоубийств в данном месте может представлять позитивное воздействие таких программ, если оно ниже, чем увеличение показателей самоубийств в обществе в целом (Lester, 1991, 1974).

Обращаются ли люди с наклонностями к самоубийству в центры по предупреждению суицида? Очевидно, что лишь очень небольшой процент. Более того, как правило, в городской центр по предотвращению суицида звонят молодые люди, афроамериканцы и женщины, в то время как самое большое число самоубийств приходится на пожилых белых мужчин (Canetto, 1995; Lester, 1989, 1972).

<Массовое самоубийство. Групповые самоубийства еще плохо понятны, и клиницисты еще не в состоянии их предотвращать. Нация не скоро забудет самоубийство 39 членов секты «Небесные Врата» возле города Сан-Диего в Калифорнии и жуткую сцену их смерти. Каждый сектант аккуратно лежал в новых черных кроссовках, под пурпурным покрывалом в форме ромба. Рядом с ним была сумка с одеждой, записная книжка и гигиеническая губная помада.>

Программы по предупреждению, по-видимому, действительно снижают риск суицида среди категорий людей с высокими показателями числа самоубийств, которые звонят в эти центры. В одном исследовании было зафиксировано, что с Лос-Анджелесским центром по предотвращению самоубийств связывались 8 000 людей из группы риска (Farberow & Litman, 1970). Приблизительно 2 % позвонивших позднее совершали самоубийство, по сравнению с 6 % уровня самоубийств в этих группах риска.

Очевидно, центры должны быть более заметными и доступными для людей, которые думают о самоубийстве. Растущее число рекламы и объявлений в газетах и на телевидении, радио и досках объявлений указывает на движение в этом направлении. Шнейдман (Shneidman, 1987) призывает к тому, чтобы о суициде больше и подробнее рассказывали, так как это — самая эффективная форма предотвращения самоубийств. Начали осуществляться по крайней мере некоторые программы по образованию в сфере суицида — большинство из них охватывает учителей и студентов (Stillion & McDowell, 1996; Klingman & Hochdorf, 1993). Клиницисты, как правило, соглашаются с целями этих программ и с мнением Шнейдмана:

«Главное в предотвращении суицида — это образование. Основной метод заключается в том, чтобы научить друг друга... обществу надо дать понять, что покончить с собой может каждый, что есть словесные и поведенческие способы приостановить самоубийство... и что человеку всегда могут помочь...»

В конце концов, предотвращение самоубийств — дело каждого.

<Вопросы для размышления. В некоторых школах администрация неохотно соглашается проводить программы по предотвращению суицида, в особенности если уровень попыток самоубийств учащихся в этих школах незначителен. Какие у администрации могут быть основания так поступать? Насколько правильна их позиция?>

Резюме

После попытки совершения самоубийства может проводиться курс терапии. В этом случае терапевты помогают человеку прийти в несуйцидное состояние сознания, справиться со стрессом и разрешить проблемы.

За прошедшие тридцать лет акцент клиницистов и педагогов сместился на предупреждение самоубийств. Программы по предотвращению самоубийств включают горячие линии, работающие круглосуточно, и открытые центры, в которых работают по большей части полупрофессионалы по схеме вмешательства в кризис. Большинству людей с суицидными наклонностями, кроме того, требуется более длительная терапия. Начинают появляться общественные образовательные программы по предотвращению суицида.

Подводя итоги.

Некогда проблема суицида, считавшаяся таинственной и непонятной, почти не принималась во внимание публикой и не исследовалась профессионалами. Теперь о суициде много говорят и пишут. За прошедшие два десятилетия, в частности, исследователи многое узнали об этой поразительной проблеме.

В отличие от большинства других проблем, описывавшихся в этой книге, самоубийство более детально исследовалось в рамках социокультурной модели.

Теоретики в области социологии и культуры, например, подчеркивали важное значение социальных перемен и стресса, национальной и религиозной аффилиации, семейного статуса, пола, расы и масс-медиа. А вот психологических и биологических исследований по этой теме пока было сравнительно мало.

Несмотря на то, что социокультурные факторы проливают свет на общую почву и стимулы суицида, они, как правило, не дают нам возможности предсказать попытку самоубийства. Когда все сказано и сделано, клиницисты по-прежнему не могут полностью понять, почему одни люди в одинаковых обстоятельствах убивают себя, а другие — нет. Если клиницисты хотят правильно объяснить и понять суицид, то к социокультурным инсайтам необходимо добавить психологические и биологические. Лечение суицида также ставит перед терапевтами несколько трудных задач. Ученым еще предстоит разработать успешные методы терапии для людей с суицидными наклонностями. Клиницисты разрабатывают программы по предупреждению суицида, но еще не ясно, как такие программы могут в действительности снизить общие факторы риска или уровень самоубийств.

В то же время постоянно возрастающее количество исследований по суициду дает надежду на решение этих проблем. Возможно, важнее всего то, что клиницисты теперь подключают все общество к решению данных вопросов. Они призывают к распространению знаний о самоубийстве, и эти программы предназначены как для молодых, так и для старых. Разумно предположить, что такой климат приведет к более полному пониманию суицида и вмешательства клиницистов и консультантов будут более успешными. Такие цели важны для всех. Несмотря на то, что сам по себе суицид, как правило, — акт одинокого и отчаявшегося человека, такой поступок в действительности оказывает очень сильное влияние на общество.

Ключевые термины

Парасуицид

Суицид

Искатель смерти

Инициатор смерти

Отрицатель смерти

Игрок со смертью

Непреднамеренная смерть

Ретроспективный анализ

Набожность

Безысходность

Дихотомическое мышление

Расстройство настроения

Расстройство, связанное с употреблением алкоголя и наркотиков

Шизофрения

Деморализация

Моделирование

Танатос

Эгоистическое самоубийство

Альтруистическое самоубийство

Самоубийство на почве аномии

Аномия

Серотонин

Программа по предупреждению самоубийств

Горячая линия для самоубийц

Полупрофессионал

Кризисное вмешательство

Шкала летальности

Образовательные программы по суициду

Контрольные вопросы

1. Дайте определение суицида и непреднамеренной смерти. Опишите четыре различных типа людей, совершающих самоубийство.
2. Какой метод исследователи применяют для исследования самоубийства?
3. Как в зависимости от страны, религии, пола, семейного положения и расы варьируется статистика самоубийств?
4. Какие виды коротких и длительных стрессов связаны с самоубийством?
5. Какие еще современные события или условия могут стимулировать акт самоубийства?

6. Как теоретики психодинамики, социологии, культуры и биологии объясняют суицид и насколько хорошо подтверждаются их теории?
7. Сравните риски, уровень и причины самоубийств среди детей, подростков и пожилых людей.
8. Как теоретики объясняют увеличение попыток суицида среди подростков и молодых взрослых?
9. Опишите характер и цели лечения, которое проводится с людьми после того, как они пытались покончить с собой. Сколько людей пользуются таким лечением?
10. Опишите принципы программ по предотвращению суицида. Какие процедуры применяются консультантами по этим программам? Насколько эффективны эти программы?

Глава 8. Психологические факторы и физические болезни.

Это была среда. Великий день. Совмещенные промежуточные экзамены по истории и физике начинаются в 11.30, а на 3.30 назначен устный отчет по психологии. Джерри несколько недель готовился к этому дню и боялся его, называя в кругу друзей «днем D». Предыдущую ночь он не спал до 3.30 утра, занимаясь и стараясь все запомнить. Казалось, он заснул только несколько минут назад, однако было уже 9.30 утра, и ужасный день разворачивался полным ходом.

Едва проснувшись, Джерри почувствовал резкую боль в желудке. Кроме того, он заметил, что у него слегка кружится голова, шумит в ушах и даже немного побаливает все тело. При том, какой день ему предстоял, это его ничуть не удивило. Если один экзамен способен вызвать какие-то искры беспокойства, то сразу два и устный отчет вполне могут разжечь настоящий костер.

Однако по мере того как он пытался продолжать собираться, Джерри начал подозревать, что это — нечто большее, чем просто «искры беспокойства». Боль в желудке вскоре перешла в спазмы, а голова кружилась все сильнее. Ему с трудом удалось добраться до ванной и не упасть. Мысли о завтраке вызывали тошноту. Он понимал, что не сможет проглотить ни кусочка.

Джерри начал волноваться, даже впал в панику. Вряд ли это был лучший способ встретить то, что ему предстояло. Он попытался отбросить свою болезнь, как наваждение, однако симптомы были вполне реальными и не исчезали. В конце концов товарищ по комнате убедил его, что ему лучше пойти к врачу. В 10.30, как раз за час до начала первого экзамена, он вошел в большое кирпичное здание, где располагалась студенческая поликлиника. Он был смущен и растерян, чувствуя себя разгильдяем, но что он мог поделать? Пересилив себя и отправившись при таком самочувствии сдавать два экзамена, он мог добиться только одного: показать себя полным дураком.

Психосоциальные факторы — это психологические или социокультурные факторы, которые различными способами могут влиять на возникновение и развитие соматических расстройств, то есть болезней тела. Врач-терапевт, к которому обратился Джерри, может выбрать одну из нескольких возможностей. Джерри мог симулировать болезнь, чтобы избежать необходимости сдавать трудный экзамен. С другой стороны, он мог вообразить свою болезнь, то есть обманывать самого себя. Кроме того, его физиологические симптомы могли быть вполне реальными, но спровоцированными стрессом: возможно, всякий раз, когда Джерри испытывает сильное напряжение, вызванное, например, близостью важного экзамена, его желудочный сок становится более насыщенным соляной кислотой и раздражает кишечник, а артериальное давление повышается, становясь причиной головокружения. Или же Джерри мог заболеть гриппом. Однако даже эта чисто медицинская проблема может быть связана с психологическими факторами.

Возможно, несколько недель постоянного волнения из-за предстоящих экзаменов и отчета ослабили организм Джерри и сделали его неспособным сопротивляться вирусу гриппа. Какой бы ни был диагноз, психическое состояние Джерри и его социальное окружение оказывают влияние на его физическое самочувствие. От того, какую роль

сыграли психосоциальные факторы в его болезни, в свою очередь, зависит способ лечения, который выберет терапевт.

Мы видели, что психические расстройства часто имеют физиологические причины. Так, неправильная деятельность нейротрансмиттеров вносит свой вклад в генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство и депрессию. Поэтому то, что телесные болезни могут иметь психологические причины, вряд ли нас удивит. Сегодняшние врачи признают мудрую мысль Сократа, высказанную им в IV веке до нашей эры: «Невозможно вылечить тело, не вылечив душу».

<Психологические заметки. В настоящее время более 60% людей считают, что психологическое здоровье играет значительную роль в поддержании физического здоровья. И только 2% считают, что оно не играет никакой роли.>

Идея о том, что психологические и социокультурные факторы могут влиять на возникновение соматических расстройств, уходит корнями в античные времена. Однако вплоть до XX века она не пользовалась широким признанием. Например, философ XVII века Рене Декарт утверждал, что психическая сущность, или душа, отделена от тела, эту концепцию называют **дуализмом души и тела**. Только в XX веке ученые-медики убедились, что психосоциальные факторы, такие как стресс, волнение и бессознательные потребности, могут быть существенной, а иногда и основной причиной физических болезней. Возникновение некоторых типов физических болезней: симулятивных расстройств (factitious disorders) и соматоформных расстройств (somatoform disorders), — приписывают почти исключительно психологическим факторам. Причиной других, психофизиологических расстройств (psychophysiological disorders), считают взаимодействие биологических, психологических и социокультурных факторов.

Дуализм души и тела — концепция Рене Декарта, утверждающая, что душа отделена от тела.

Симулятивные расстройства.

Люди, которые испытывают какое-либо физическое недомогание, обычно, как и Джерри, идут к специалисту по физическим болезням. Однако иногда врач не находит физиологической причины их проблем и может предположить, что здесь действуют иные факторы. Возможно, пациент *симулирует болезнь*, нарочно притворяясь больным, чтобы добиться каких-то внешних выгод, таких как денежная компенсация или отсрочка от призыва в армию (Eisendrath, 1995).

С другой стороны, человек может намеренно вызывать или симулировать свои симптомы просто из желания быть пациентом, то есть мотивацией принятия на себя роли больного может быть роль сама по себе. В этом случае врач может прийти к выводу, что пациент страдает **симулятивным расстройством** (factitious disorder) (см. классификационный перечень DSM-IV в приложении).

29-летняя женщина, медик-лаборант, обратилась в службу неотложной помощи, жалуясь на кровь в моче. Пациентка сообщила, что она лечилась в другом городе от красной волчанки (lupus erythematosus). Она также упомянула, что в детстве у нее была болезнь Ван Виллебранда (Von Willebrand's disease), редкая наследственная болезнь крови. На третий день ее пребывания в больнице студент-практикант в разговоре с одним из врачей упомянул, что несколькими неделями ранее видел эту пациентку в другой больнице этого города, куда она обратилась по тому же поводу. При осмотре вещей пациентки были обнаружены препараты, задерживающие свертывание крови. Когда ее поставили перед фактом, она отказалась обсуждать этот вопрос и торопливо исчезла из больницы, несмотря на советы врачей (Spitzer et al., 1981, p. 33).

Симулятивное расстройство — заболевание, не имеющее какой-либо видимой физиологической причины, при котором считается, что пациент намеренно вызывает или симулирует свои симптомы, желая играть роль больного.

Люди, страдающие симулятивными расстройствами, часто доходят до крайностей, пытаясь создать видимость болезни. Многие из них тайно принимают медицинские препараты. Некоторые, подобно женщине в только что приведенном примере, вводят себе специальные вещества, чтобы вызвать кровотечение. Другие используют слабительные, чтобы заполучить хроническую диарею (Feldman, Ford, & Reinhold, 1994). Особенно легко искусственно вызываются симптомы тяжелой лихорадки. При одном из исследований больных, в течение длительного времени страдающих от

неизвестно откуда взявшейся лихорадки, более 9% таких пациентов получили диагноз «симулятивное расстройство» (Feldman et al., 1994).

Многие люди, «болеющие» такими заболеваниями, с энтузиазмом подвергают себя болезненным процедурам диагностирования и лечения и даже хирургическим операциям. Когда им предъявляют доказательства того, что их симптомы вызваны искусственно, они, как правило, отрицают это обвинение и выписываются из больницы, после чего могут в тот же самый день лечь в другую больницу.

Синдром Мюнхгаузена — крайняя и длительная форма симулятивного расстройства, получила свое название в честь барона Мюнхгаузена, кавалерийского офицера XVIII века, который ездил по Европе из таверны в таверну, рассказывая фантастические истории о своих, якобы имевших место в действительности, военных приключениях (Feldman et al, 1994; Zuger, 1993). При другой, родственной форме симулятивного расстройства, **делегированном синдроме Мюнхгаузена**, родители имитируют или намеренно вызывают физические заболевания у своих детей, что в некоторых случаях приводит к тому, что детям приходится терпеть неоднократную и болезненную диагностику, подвергаться болезненным лечебным процедурам и хирургическим операциям (Feldman et al., 1994; McQuiston, 1993). Когда детей отделяют от родителей и передают на попечение другим людям, их симптомы исчезают.

Синдром Мюнхгаузена — крайняя и длительная форма искусственного заболевания, при которой человек вызывает у себя симптомы, добивается госпитализации и подвергается лечению.

Делегированный синдром Мюнхгаузена — случай искусственного заболевания, при котором родители имитируют или намеренно вызывают физические болезни у своих детей.

Клинические исследователи затрудняются точно определить степень распространенности симулятивных расстройств, поскольку такие пациенты тщательно скрывают истинную природу своих болезней (Bauer & Boegner, 1996). Считается, однако, что такие заболевания чаще встречаются у мужчин, чем у женщин (APA, 1994). Расстройство обычно начинается в молодости и часто препятствует устройству человека на постоянную работу.

Такое расстройство представляется наиболее распространенным среди лиц, которые (1) в детском возрасте подвергались усиленному лечению от настоящей болезни, (2) держат зло на врачей и медицину, (3) когда-то работали или работают обслуживающим персоналом или лаборантами в медицинских учреждениях, (4) в прошлом имели близкие взаимоотношения с профессиональным врачом или (5) имеют скрытые личностные проблемы, такие как исключительная зависимость (APA, 1994; Feldman et al., 1994). Они часто не ощущают достаточной социальной поддержки, с очень небольшим количеством людей поддерживают длительные взаимоотношения и слабо вовлечены в семейные отношения (Feldman et al., 1994).

Точные причины появления симулятивных расстройств неизвестны, хотя в клинических отчетах предполагается депрессия и недостаток родительской поддержки в детстве (Feldman et al., 1994). Также до сих пор не удалось разработать эффективные способы лечения (Feldman & Feldman, 1995). Однако некоторые случаи поддаются лечению при совместной работе психотерапевтов и интернистов (специалистов по физическим болезням) (Parker, 1993; Schwartz et al., 1993). Как психотерапевты, так и врачи, занимающиеся физическими болезнями, часто чувствуют раздражение, встречаясь со случаями симулятивных расстройств, поскольку считают, что такие пациенты зря тратят их время или, что еще хуже, подвергают опасности здоровье невинного ребенка, как это происходит при делегированном синдроме Мюнхгаузена. Однако люди с такими расстройствами, как те, кто страдает большинством других ментальных расстройств, плохо способны контролировать ситуацию и часто сами испытывают сильные мучения. Им нужна эффективная терапия, а не презрение и пренебрежение, по их право на такое обращение зачастую не признается.

Крупным планом

Делегированный синдром Мюнхгаузена

Дженнифер лежала в больнице 200 раз и перенесла 40 операций. Врачи удалили ей желчный пузырь, аппендикс и часть кишечника, вставили специальные трубки в ее грудную клетку, желудок и кишечник. Девятилетнюю девочку из штата Флорида взяла под свое шефство организация «Florida Marlins»; во время одного из временных улучшений она фотографировалась вместе с Хиллари Клинтон в Белом Доме и стала

ребенком-символом реформы здравоохранения. Потом полиция информировала мать девочки, что она находится под следствием по подозрению в жестоком обращении с ребенком. Внезапно состояние Дженнифер резко улучшилось. В течение следующих девяти месяцев она лежала в больнице только один раз, с вирусной инфекцией... Эксперты сказали, что множественные загадочные инфекции Дженнифер «могли происходить из-за того, что кто-то подмешивал фекальные вещества» в ее пищу и вводил их в ее уринарный катетер (Katel & Beck, 1996).

Случаи, подобные истории Дженнифер, ставшие известными в последние годы, потрясли общество и привлекли внимание к делегированному синдрому Мюнхгаузена. При симулятивном расстройстве этого вида лицо, под чьим попечением находится ребенок (почти всегда это мать), намеренно вызывает болезнь ребенка, используя различные методы, чтобы получить нужные симптомы: дает ребенку медицинские и химические препараты, портит лекарства, которые принимает ребенок, загрязняет трубки для искусственного питания или даже, например, душит ребенка. Болезнь может принять почти любую форму, но наиболее распространенные симптомы — это кровотечение, припадки, кома, удушье, диарея, рвота, «случайные» отравления, инфекции, лихорадка и синдром внезапной смерти во сне (Boros et al., 1995; Smith & Killam, 1994).

От 10 до 30% жертв делегированного синдрома Мюнхгаузена в результате умирают (Boros et al., 1995; Von Burg & Hibbard, 1995), а 8% тех, кто выживает, остаются калеками на всю жизнь (Von Burg & Hibbard, 1995). Психологическое, интеллектуальное и физическое развитие ребенка также страдает (Libow, 1995; Skau & Mouridsen, 1995). Дженнифер пропустила так много школьных занятий, что в свои 9 лет она едва могла читать и писать.

Этот синдром очень трудно распознать, и он может оказаться более распространенным, чем когда-то полагали клинические специалисты. Мать кажется настолько заботливой и преданной своему ребенку, что окружающие симпатизируют ей и восхищаются ею. Тем не менее физиологические симптомы исчезают у ребенка, когда его отделяют от заботливой матери. Во многих случаях братья и сестры больного ребенка также становятся жертвами родителя (Skau & Mouridsen, 1995; Smith & Killam, 1994).

Какие общие черты можно выделить у родителей, заботливо причиняющих боль и страдания своим детям? Типичная мать-Мюнхгаузен испытывает сильную потребность в эмоциях: ей крайне необходимы внимание и одобрение, которые она получает за свою самоотверженную заботу о больном ребенке. Она часто имеет очень мало социальной поддержки вне медицинской системы, а муж часто отсутствует, физически или эмоционально. По большей части она образованна и обладает некоторыми знаниями в области медицины — возможно, когда-то работала в медицинском учреждении, — что помогает ей сочинить убедительную, с медицинской точки зрения, историю «болезни» своего ребенка. Родитель обычно отрицает свои действия, даже перед лицом неопровержимых доказательств, и отказывается от какой-либо терапии. Фактически, существует очень мало документальных свидетельств успешного лечения таких расстройств.

Полиция и суды отказываются рассматривать делегированный синдром Мюнхгаузена как психологическое расстройство, трактуя его как преступление — тщательно спланированные жестокие действия по отношению к ребенку (Schreier & Libow, 1994). Почти всегда в таких случаях они требуют постоянного отделения ребенка от родителя (Skau & Mouridsen, 1995; APA, 1994). В то же время родители, которые прибегают к подобным действиям, очевидно, страдают серьезными психическими нарушениями и очень нуждаются в психологической помощи. Поэтому перед клиническими исследователями и практиками сегодня стоит задача разработать четкое понимание этого расстройства и эффективные способы оказания помощи таким родителям и их маленьким жертвам.

Резюме

До XX века в медицинской теории преобладала концепция дуализма души и тела, то есть убеждение, что душа и тело — это две совершенно отдельные сущности. Современные клиницисты признают, что болезни тела могут иметь в своей основе психологические причины.

Симулятивные расстройства (искусственные заболевания). Пациенты с искусственными заболеваниями симулируют или намеренно создают у себя симптомы физических болезней из желания играть роль больного. Синдром Мюнхгаузена — крайняя и длительная форма искусственного заболевания. При делегированном

синдроме Мюнхгаузена кто-либо из родителей создает видимость симптомов или намеренно вызывает симптомы у своего ребенка.

Соматоформные расстройства.

Если физическое заболевание не имеет видимой физиологической причины, лечащий врач может предположить **соматоформное расстройство**, другой тип физических недомоганий, вызванных, в основном, психологическими причинами (Garralda, 1996; Martin, 1995). В отличие от пациентов с симулятивными расстройствами, люди, страдающие соматоформными расстройствами, не испытывают сознательного желания болеть и не вызывают свои симптомы намеренно; они почти всегда уверены, что их проблемы связаны исключительно с физиологией. При некоторых соматоформных расстройствах, известных как истерические соматоформные расстройства, действительно происходят изменения в физиологическом функционировании организма. Ипохондрические соматоформные расстройства выражаются в том, что физически здоровые люди начинают беспокоиться, предполагая у себя какие-либо проблемы со здоровьем или физические недостатки. **Соматоформное расстройство** — физическая болезнь или недомогание, которые объясняются, в основном, психологическими причинами и при которых пациент сознательно не желает болеть и не организует свои симптомы.

Истерические соматоформные расстройства.

У людей, страдающих **истерическими соматоформными расстройствами**, действительно возникают изменения в физиологических функциях организма. Соматоформные расстройства этого типа часто трудно отделить от настоящих заболеваний с физиологическими причинами (Kroenke et al., 1997; Labott et al., 1995). На самом деле всегда остается возможность, что диагноз «истерическое расстройство» поставлен неправильно, и проблемы пациента имеют не выявленную медиками органическую причину (Johnson et al., 1996; Sherman, Camfield, & Arena, 1995). В справочнике DSM-IV приводятся три типа истерических соматоформных расстройств: конверсионное расстройство, соматизированное расстройство и соматоформное болевое расстройство.

Истерическое соматоформное расстройство — соматоформное расстройство, при котором происходят реальные изменения в функционировании организма.

Конверсионное расстройство

При конверсионном расстройстве психологический конфликт или психологическая потребность трансформируется в эффектные физиологические симптомы, затрагивающие произвольные моторные или сенсорные функции (см. список DSM-IV в Приложении). Симптомы часто производят впечатление неврологических, таких как паралич, слепота или потеря чувствительности (анестезия). Например, одна женщина страдала постоянными головокружениями, которые, несомненно, были ее реакцией на несчастливый брак.

46-летняя замужняя домохозяйка... жаловалась на припадки сильного головокружения, сопровождаемые легкой тошнотой, которые случались с ней четыре или пять раз в неделю. Во время этих приступов ей начинало казаться, что комната вокруг нее «мерцает» и сама она «куда-то плывет», не в силах удержать равновесие. По необъяснимой причине приступ почти всегда начинался около 4 часов после полудня. Обычно при начале припадка она была вынуждена лечь на кушетку, и часто ее состояние не улучшалось до 7 или 8 часов вечера. Придя в себя, она обычно проводила остаток вечера перед телевизором и часто засыпала прямо в гостиной, добираясь до своей постели не раньше 2 или 3 часов ночи.

Пациентку неоднократно осматривали терапевт общего направления, невропатолог и отоларинголог, и каждый раз ее признавали физически здоровой. После проведения проверки на переносимость глюкозы гипогликемия (пониженное содержание сахара в крови) также была исключена.

Когда ее попросили рассказать о ее замужестве, пациентка описала своего мужа как тирана, часто излишне требовательного и словесно оскорбляющего ее и их четверых детей. Она призналась, что каждый день со страхом ждала его возвращения домой с работы, зная, что он непременно скажет, будто в доме беспорядок, а обед, если он приготовлен, покажется ему невкусным. В последнее время, с началом болезни пациентки, когда из-за своих припадков она не могла готовить обед, мужу и детям

приходилось ходить обедать в «Макдональдс» или в местную пиццерию. После этого муж обычно усаживался смотреть баскетбол в спальне, и общение между супругами было минимальным. Несмотря на эти трудности, пациентка утверждала, что любит своего мужа и очень нуждается в нем (Spitzer et al., 1981, p. 92-93).

Большинство конверсионных расстройств начинаются в позднем периоде детства или в юности; у женщин они отмечаются, по крайней мере, в два раза чаще, чем у мужчин (APA, 1994; Tomasson, Kent, & Coryell, 1991). Они обычно возникают внезапно, во время сильного стресса, и продолжаются не дольше нескольких недель.

Конверсионные расстройства считаются достаточно редкими, они проявляются не более чем у 3 из 1000 человек.

Соматизированное расстройство

Пациентка по имени Шейла долгое время ставила врачей в тупик широким разнообразием своих симптомов.

Шейла жаловалась на боли в области брюшной полости, мучившие ее с 17 лет. Для определения причин этих болей пришлось произвести хирургическое вмешательство, которое, тем не менее, не смогло помочь поставить какой-либо определенный диагноз. У нее было несколько беременностей, каждый раз сопровождавшихся тошнотой, приступами рвоты и болями в области брюшной полости; наконец ей удалили матку. С 40 лет Шейла стала испытывать сильные головокружения и обмороки, которые, как ей в конце концов сказали, могли быть признаком множественного склероза или опухоли мозга. В течение длительных периодов времени она оставалась прикованной к постели из-за общей слабости и нечеткости зрения, испытывая трудности с мочеиспусканием. В возрасте 43 лет ее обследовали на предмет наличия грыжи, поскольку она жаловалась на появление вздутий на теле и непереносимость многих видов пищи. Кроме того, она подвергалась госпитализации и обследованию для выявления возможных неврологических и почечных нарушений и гипертензии, но ни в одном случае не был поставлен точный диагноз (Spitzer et al., 1981, p. 260).

Люди, страдающие **соматизированным расстройством**, такие как Шейла, испытывают множество различных физических недомоганий, продолжающихся в течение длительного времени и не имеющих никакой или почти никакой органической основы (см. список DSM-IV в Приложении). Эта истерическая схема, впервые описанная Пьером Брике в 1859 году, также известна как синдром Брике. Чтобы получить такой диагноз, человек должен иметь множество различных симптомов, включая болевые симптомы (такие как головная боль или боль в грудной клетке), симптомы, относящиеся к расстройствам желудочно-кишечного тракта (такие как тошнота или диарея), связанные с половой функцией (такие как нарушения эрекции или менструального цикла) и неврологические симптомы (такие как двойное зрение или паралич) (Yutzy et al., 1995; APA, 1994).

Люди, страдающие соматизированным расстройством, обычно бесплодно ходят от врача к врачу в поисках облегчения (APA, 1994). Они часто эффектно и трагически описывают свои множественные симптомы. Большинство, кроме того, ощущают тревогу и депрессию (Fink, 1995; Hiller, Rief, & Fichter, 1995).

Каждый год соматизированным расстройством предположительно страдают от 0,2% до 2% женщин в Соединенных Штатах, по сравнению с менее чем 0,2% мужчин (APA, 1994; Reiger et al., 1993). Расстройство часто передается членам семьи; от 10% до 20% близких родственников женского пола тех женщин, которые выявляют соматизацию, также начинают проявлять подобные симптомы. Расстройство обычно начинается в подростковом возрасте или в юности (Eisendrath, 1995; APA, 1994; Smith, 1992).

Соматизированное расстройство — соматоформное расстройство, которое характеризуется множеством повторяющихся физических недомоганий, не имеющих органической основы. Также называется синдромом или расстройством Брике.

Недомогания, вызванные соматизированным расстройством, обычно продолжаются намного дольше, чем симптомы, связанные с конверсионным расстройством, как правило, много лет (Kent, Tomasson, & Coryell, 1995). Характер симптомов может меняться с течением времени, но очень редко они исчезают без психотерапевтического лечения (Smith, Rost, & Kashner, 1995). Две трети людей с таким расстройством в Соединенных Штатах в каждом отдельно взятом году лечатся у специалистов по физическим или психическим заболеваниям (Reiger et al., 1993).

Болевое расстройство, связанное с психологическими факторами

Если психологические факторы играют центральную роль в возникновении, силе или продолжительности боли, то пациент может получить диагноз: **хроническое соматоформное болевое расстройство** (болевое расстройство, связанное с

психологическими факторами) (см. диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Пациенты, страдающие конверсионным или соматизированным расстройством, также могут испытывать боль, но в данном расстройстве боль является ключевым симптомом.

Хотя степень распространенности этого расстройства точно не определена, ясно, что такие болезни достаточно распространены и похоже, что у женщин они встречаются чаще, чем у мужчин. Расстройство может начаться в любом возрасте и продолжаться годами (APA, 1994).

Хроническое соматоформное болевое расстройство — соматоформное расстройство, характеризующееся болью, центральную роль в возникновении, силе или продолжительности которой играют психологические факторы.

Часто оно развивается после несчастного случая или во время болезни, причиняющей настоящую боль, которая затем продолжает жить сама по себе, Лаура, 36-летняя женщина, так рассказывала о своих симптомах, выходящих далеко за рамки обычных симптомов ее саркоидоза (туберкулезного заболевания).

До операции у меня были небольшие боли, но ничего такого, что бы меня по-настоящему беспокоило. После операции у меня начались сильные боли в грудной клетке и в ребрах, и это как раз те проблемы, которых не было раньше... Я обратилась в службу неотложной помощи поздно вечером, где-то в 11, в 12 или в 1 час ночи. В больнице я приняла лекарство, на следующий день боль прекратилась, и я вернулась домой. Это было как раз в то время, когда я обращалась к другим врачам с жалобами по тому же поводу чтобы выяснить, в чем дело, и они ничего не смогли у меня найти... Бывает, что когда я выхожу куда-нибудь или мы с мужем идем на прогулку, нам приходится возвращаться из-за того, что у меня начинается боль... Часто я просто не могу делать что-то из-за болей в грудной клетке... Два месяца назад, когда доктор осматривал меня, и другой доктор делал мне рентген, он сказал, что не видит признаков саркоидоза, и что они сейчас делают исследование крови и всякого другого, чтобы узнать, связано ли это с саркоидозом (Green, 1985, p. 60-63).

<Психологические заметки. В некоторых культурах отцы часто чувствуют себя больными и остаются в постели в то время, когда рождается их ребенок. Некоторые из них даже могут проявлять симптомы, характерные для беременности, и чувствовать боль схваток (Kahn & Fawcett, 1993).>

Сравнение истерических и органических симптомов

Поскольку иногда бывает сложно отличить истерические соматоформные расстройства от «настоящих» органических болезней (Janca et al, 1995), врачи обращают внимание на странности в картине болезни пациента. Например, симптомы истерического расстройства могут не соответствовать тому, что известно о деятельности нервной системы (Tiihonen et al., 1995; APA, 1994). Симптом конверсии под названием *перчаточная анестезия (glove anesthesia)* выражается в том, что рука в области запястья резко немеет, и это онемение равномерно распространяется до кончиков пальцев. Как показано на рис. 8.1, настоящая неврологическая потеря чувствительности редко возникает настолько внезапно или распространяется таким образом.

Физиологические последствия истерических расстройств также могут отличаться от последствий соответствующих им физиологических заболеваний (Levy, 1985).

Например, когда паралич нижней части туловища, начиная от талии, или параплегия возникает из-за повреждения позвоночника, мускулы ног больного *атрофируются*, если к ним не применяется физиотерапия. У тех же, чей паралич является результатом конверсии, мускулы обычно не атрофируются. Вероятно, они упражняют свои мускулы, сами того не сознавая. Точно так же люди, ослепшие благодаря конверсии, реже натываются на предметы, чем те, чья слепота имеет органические причины, и это говорит о том, что они видят, по крайней мере, кое-что, даже если и не осознают этого.

Ипохондрические соматоформные расстройства.

Ипохондрические соматоформные расстройства включают в себя ипохондрию и дисморφοфию. Люди с такими расстройствами неправильно интерпретируют особенности функционирования своего организма или свои физические характеристики и чересчур активно на них реагируют, не обращая внимания на то, что говорят друзья, родственники или врач. Хотя ипохондрические расстройства могут причинять людям большие неприятности и душевные страдания, они обычно не сказываются так сильно на социальной и профессиональной жизни человека, как большинство из истерических расстройств (APA, 1994).

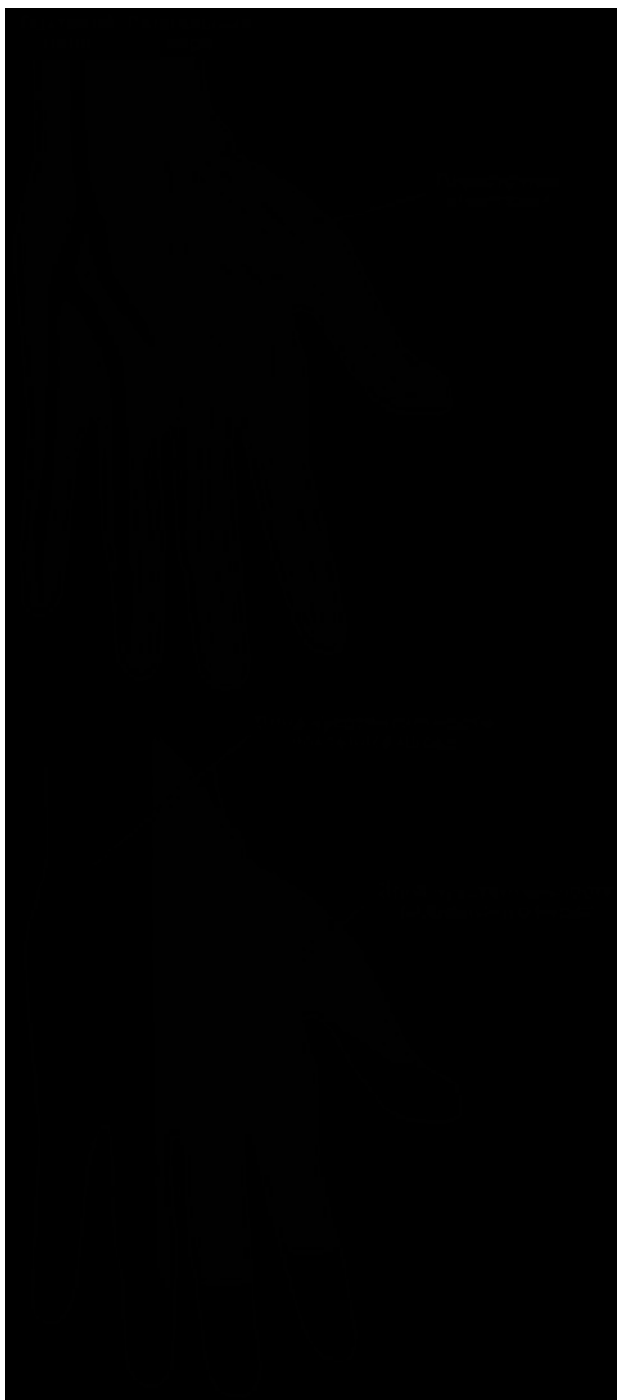


Рисунок 8.1. Перчаточная анестезия. При этом конверсионном симптоме немеет вся кисть руки, от кончиков пальцев до запястья. Настоящее заболевание или повреждение локтевого нерва может вызвать потерю чувствительности в безымянном пальце и мизинце и в части руки выше запястья; заболевание или повреждение радиального нерва вызывает потерю чувствительности в большом, указательном, среднем и частично в безымянном пальцах, и далее вверх по руке (Gray, 1959).

Ипохондрические соматоформные расстройства — соматоформные расстройства, при которых люди неправильно интерпретируют незначительные и даже нормальные симптомы, связанные с функционированием организма, или свои внешние особенности, и слишком сильно реагируют на них.

Ипохондрия

Люди, страдающие ***ипохондрией***, нереалистично интерпретируют особенности функционирования своего организма, принимая их за признаки серьезного заболевания (см. список DSM-IV в Приложении). Часто их симптомы — это просто нормальные изменения физического состояния, такие как случайный кашель, раздражение кожи или выделение пота. Хотя некоторые из таких пациентов признают, что их опасения чрезмерны, большинство с этим не соглашаются.

Хотя ипохондрия может проявиться в любом возрасте, чаще всего она начинается в молодости и в одинаковой степени поражает мужчин и женщин (АРА, 1994). Как и в случае болевых симптомов, связанных с психологическими факторами, врачи сообщают, что им приходилось неоднократно наблюдать пациентов с таким расстройством, но точно степень его распространенности неизвестна. У большинства пациентов расстройство длится, то усиливаясь, то ослабевая, в течение многих лет.

Ипохондрия — соматоформное расстройство, при котором человек ошибочно подозревает, что незначительные изменения в функционировании его организма могут быть признаками серьезного заболевания.

<Крайний случай ипохондрии? Не обязательно. После эпидемии гриппа 1918 года, унесшей жизни 20 миллионов людей, японцы начали носить марлевые повязки, чтобы защитить себя от случайных микробов. Некоторые из них, как и этот пассажир, продолжают следовать этой традиции в холодное время года, когда велика вероятность заразиться гриппом.>

Дисморфофобия

Люди с дисморфофобией глубоко озабочены воображаемыми или минимальными недостатками своей внешности или якобы плохим впечатлением, производимым ими на других (см. список DSM-IV в Приложении). Чаще всего они концентрируют свое внимание на морщинах, пятнах на коже, волосах или выпуклостях на лице, либо на «неудавшихся» губах, носе, бровях или челюсти (АРА, 1994). Некоторые беспокоятся о том, как выглядят их ступни, кисти рук, грудь, пенис или другие части тела. Другие волнуются из-за запахов, якобы исходящих от их пота, дыхания, гениталий или из прямой кишки (Marks, 1987). В следующем примере мы видим именно такой случай. *35-летняя женщина в течение 16 лет страдала, считая, что ее пот ужасно пахнет. Этот страх начался у нее незадолго до брака, когда она однажды спала на одной кровати с близкой подругой и та сказала, что кое-кто на работе отвратительно воняет, а пациентка почувствовала, что это замечание относится к ней. Из страха, что она плохо пахнет, женщина в течение 5 лет никуда не выходила без сопровождения своей матери или мужа. Три года она не разговаривала с соседями, потому что ей показалось, будто она слышала, как те обсуждали ее со своими друзьями. Она избегала кинотеатров, танцевальных вечеринок, магазинов и походов в гости... Реклама дезодорантов по телевизору делала ее чрезвычайно тревожной. Она отказывалась ходить в местную церковь, потому что церковь была маленькой и прихожане могли, по ее предположениям, отпустить на ее счет недобрые замечания. Семья была вынуждена ездить в церковь за 8 миль от своего дома, где прихожане были им незнакомы и они могли стоять отдельно от всех... Она тратила огромное количество дезодорантов и всегда принимала ванну и меняла одежду перед тем, как выйти из дома, иногда до четырех раз в день (Marks, 1987, p. 371).*

Некоторое беспокойство по поводу своей внешности — обычное явление в нашем обществе (рис. 8.2). Многие подростки и молодые люди, например, беспокоятся из-за угрей на коже. Однако у людей с дисморфофобией такая озабоченность доходит до крайней степени. Страдающие этим расстройством иногда не могут смотреть в глаза другим людям или предпринимают грандиозные усилия, стараясь скрыть свои «недостатки», скажем, всегда носят солнцезащитные очки, чтобы не показывать свои «некрасивые» глаза. Некоторые обращаются к пластической хирургии (Bower, 1995). Согласно результатам одного из исследований, 30% людей с таким расстройством заключили себя в стенах дома, а 17% предпринимали попытки самоубийства (Philips et al., 1993).

Дисморфофобия — соматоформное расстройство, характеризующееся исключительным беспокойством по поводу предполагаемых недостатков внешности или неприятных для окружающих особенностей.

В большинстве случаев расстройство начинает проявляться в подростковом возрасте. Часто, однако, люди не обнаруживают своего беспокойства в течение многих лет. Исследователи еще точно не установили, насколько распространено данное расстройство, но клинические отчеты показывают, что оно, вероятно, встречается достаточно часто и у мужчин, и у женщин (Bower, 1995; АРА, 1994).

Сцены из современной жизни

Культурная дисморфофобия?

Почти везде люди хотят быть привлекательными и склонны беспокоиться о том, как они выглядят в глазах других. В то же время, такая обеспокоенность в разных культурах принимает разные формы.

Если люди западного общества особенно озабочены размером своего тела и чертами

лица, то женщины племени падаунг из Бирмы сосредоточивают свое внимание на длине шеи и носят па шее множество тяжелых медных колец, чтобы удлинить ее. Хотя многие женщины зарабатывают таким образом деньги, служа аттракционом для туристов, некоторые действительно отчаянно стремятся довести свою шею до «наилучшей», согласно оценкам их общества, длины. Как сказала одна из них: «Самое красивое — это когда шея по-настоящему длинная. Чем длиннее, тем красивее. Я никогда не сниму свои кольца... Я сойду в могилу вместе с ними» (Mydans, 1996).

<Вопросы для размышления. Какую роль может сыграть культура в формировании индивидуальных телесно-дисморфофобических представлений (дисморфофобий)? Почему некоторые люди доходят в следовании культурным идеалам до крайностей, в то время как другим, принадлежащим к той же культуре, удается не выходить за рамки здравого смысла?>

Объяснения соматоформных расстройств.

Большинство теоретиков объясняют ипохондрические соматоформные расстройства в основном так же, как тревожные расстройства (Phillips, Kim, & Hudson, 1995). Бихевиористы, например, считают, что страхи, проявляющиеся при ипохондрии и дисморфофобии, приобретаются в ранние годы жизни путем классического обусловливания или моделирования (имитации поведения) (Whitehead et al., 1994). Когнитивные теоретики предполагают, что люди с такими расстройствами настолько чувствительны к сигналам, которые подает их тело, что склонны переоценивать поступающую информацию (Warwick, 1995; Barsky, 1992).

Истерические соматоформные расстройства: конверсионное, соматизированное и болевое расстройства, напротив, рассматриваются как уникальные и требующие специального объяснения (Kirmayer, Robbins, & Paris, 1994). Древние греки полагали, что истерией могут болеть только женщины. Считалось, что матка сексуально неудовлетворенной женщины путешествует по ее телу в поисках возможности исполнить свое предназначение и вызывает появление симптомов в тех местах, где она останавливается. (Слово «истерия» происходит от греческого названия матки — *hystera*.) Гиппократ в качестве самого эффективного средства лечения истерических расстройств предлагал замужество. Хотя сегодняшние объяснения — много более изощренные, ни одно из них не подкреплено в достаточной степени результатами практических исследований, и природа истерических расстройств до сих пор плохо известна (Kirmayer et al., 1994). Ведущие способы объяснения основаны на психодинамической, бихевиористской и когнитивной моделях.

	Мужчины, %	Женщины, %
Люди, которые изменили бы что-либо в своей внешности, если бы могли	94	99
Люди, которые мечтают быть красивыми	6	16
Люди, которые думают, что индустрия косметики очень важна для нашей страны	17	24
Люди, которые носят неудобные туфли из-за того, что эти туфли хорошо выглядят	20	45
Люди, которые чистили зубы дважды за последние 24 часа	18	22
Люди, которые пользовались зубочисткой в течение последних 24 часов	20	30
Люди, которые подкладывают что-то в свои лифчики (женщины) или трусы (мужчины)	4	8
Люди, которые красят волосы	8	27

Рисунок 8.2. «Зеркало на стене». Люди, страдающие дисморфофобией, — не единственные, кто заботится о своей внешности. По оценкам специалистов, каждый год примерно 1,5 миллиона американцев обращаются к услугам «эстетической хирургии». Исследования показывают, что в нашем довольно здраво относящемся к

вопросу внешности обществе удивительно большой процент людей регулярно думают о том, как они выглядят, и пытаются изменить свой внешний вид (Kimball, 1993; Poretz & Sinrod, 1991; Weiss, 1991; Simmon 1990).

Психодинамическое объяснение

Как мы отмечали в главе 1, психоаналитическая теория Фрейда началась с его попыток объяснить истерические симптомы. В свое время он был одним из очень немногих врачей, которые относились к пациентам с такими симптомами серьезно, как к настоящим больным. После того как он некоторое время изучал гипноз в Париже, Фрейд заинтересовался работами старшего и более опытного врача, Джозефа Брейера (Josef Breuer, 1842-1925). Брейер успешно применял гипноз для лечения женщины, которую он называл Анна О., страдавшей истерической глухотой, а также дезорганизацией речи и параличом. Критики до сих пор задаются вопросом, действительно ли недомогания Анны были чисто истерическими и в самом ли деле лечение по методу Брейера помогло ей так кардинально, как он утверждает (Ellenberger, 1972). Однако на основе этого и других подобных случаев Фрейд пришел к выводу, что истерические расстройства представляют собой *конверсию* (превращение) внутренних неосознанных эмоциональных конфликтов в истерические симптомы.

Видя, что большинство его пациентов, страдающих истерическими расстройствами, — женщины, Фрейд предположил, что семена таких расстройств засеваются во время *фаллической стадии* сексуального развития девочки (от 3 до 5 лет). В этот период, считал он, каждая девочка вырабатывает в своей душе комплекс желаний, названный им *комплексом Электры*: девочка испытывает сильные сексуально окрашенные чувства по отношению к своему отцу и в то же время сознает, что она должна бороться с матерью за его любовь. Поскольку мать наделена силой и агрессия к ней является культурным табу, девочка подавляет сексуальные чувства и отказывается от своих ранних желаний, направленных на отца.

Фрейд полагал, что если родители маленькой девочки чересчур сильно реагируют на проявления ее сексуальных чувств, комплекс Электры может остаться неразрешенным, и такая девочка всю жизнь будет испытывать тревогу. Всякий раз, когда какие-либо события разбудят в ней сексуальные чувства, она будет испытывать потребность спрятать их как от себя, так и от остальных. Фрейд делал вывод, что некоторые женщины прячут свои сексуальные чувства, бессознательно преобразуя их в физиологические симптомы.

Большинство из современных психодинамических теоретиков не во всем согласны с объяснением истерических расстройств, предложенным Фрейдом, в особенности с тем его положением, что корни всех подобных расстройств можно найти в неразрешенном комплексе Электры (Hess, 1995; Scott, 1995). Однако они продолжают считать, что у пациентов, страдающих такими расстройствами, в бессознательном есть неразрешенные конфликты, производящие тревогу, и что люди преобразуют эту тревогу в «более приемлемые» физиологические симптомы.

<«Когда на сердце легко, и тело здорово.» — Китайская пословица>

Теоретики психодинамического направления полагают, что при образовании истерических соматоформных расстройств работают два механизма — первичная выгода и вторичная выгода (Golbash, 1987). Люди получают первичную выгоду в связи с тем, что их истерические симптомы удерживают внутренний конфликт вдали от сознания. Например, если человек испытывает неосознанный страх перед выражением гнева, то во время спора у него может внезапно отняться рука, что не позволит его гневной реакции достичь сознания. Вторичную выгоду из своих истерических симптомов люди извлекают за счет того, что эти симптомы помогают им избежать участия в неприятной для них деятельности или позволяют почувствовать доброе отношение со стороны других людей. Когда, например, паралич, вызванный конверсией, делает для солдата невозможным участие в бою, или слепота, вызванная той же причиной, предотвращает разрыв отношений, действует вторичная выгода. Оба типа выгод играют свою роль в закреплении симптомов конверсии.

Первичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы не допускают внутренний конфликт до сознания.

Вторичная выгода — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку возможность чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной деятельности.

Бихевиористское объяснение

Теоретики-бихевиористы предполагают, что физиологические симптомы, связанные с

истерическими расстройствами, приносят больному какие-то вознаграждения. Возможно, симптомы дают человеку возможность избежать неприятной ситуации на работе или отказаться от неприятных взаимоотношений, или же они привлекают к человеку внимание окружающих (Whitehead et al., 1994; Ullmann & Krasner, 1975).

< Настоящая Анна О. Историки считают, что прототипом знаменитой пациентки Брейера «Анны О.», истерические симптомы которой, по его словам, были полностью излечены с помощью гипноза, была богатая жительница Вены Берта Паппенгейм (Berta Pappenheim) (Ellenberger, 1972).>

В качестве реакции на такие вознаграждения больной учится проявлять свои симптомы снова и снова. Бихевиористы также придерживаются мнения, что люди, хорошо знакомые с какой-либо болезнью, лучше подготовлены к тому, чтобы усвоить себе ее симптомы (Garralda, 1996). Действительно, исследования подтверждают, что многие из истерических больных впервые начали ощущать свои симптомы после того, как они сами или кто-то из их близких родственников или друзей переболел настоящей органической болезнью подобного типа (Livingston, Witt, & Smith, 1995). Бихевиористский акцент на положительных подкреплениях (вознаграждениях) похож на психодинамическую идею вторичных выгод. Ключевое различие состоит в том, что психодинамическая теория рассматривает такие выгоды как действительно вторичные, то есть под ними понимаются вознаграждения, которые появляются только после того, как бессознательный конфликт вызывает расстройство.

Бихевиористы же считают вознаграждения основной причиной развития болезни. Как и психодинамическое объяснение, бихевиористский взгляд на истерические расстройства плохо подтверждается эмпирическими исследованиями. Даже клинические отчеты только иногда подтверждают эти положения. Во многих случаях создается впечатление, что боль и душевные страдания, сопутствующие расстройству, перевешивают любые вознаграждения, которые могут принести с собой симптомы.

Когнитивное объяснение

Некоторые теоретики считают, что истерические расстройства — это форма *общения*: с их помощью люди выражают эмоции, которые они не могут выразить иным способом (Lipowski, 1987). Как и их коллеги, принадлежащие к психодинамическому направлению, эти ученые придерживаются точки зрения, что эмоции пациентов с истерическими расстройствами конвертируются в физиологические симптомы.

Однако они полагают, что цель этой конверсии — не защититься от чувства тревоги, а сообщить о причиняющих страдания эмоциях: гнев, страхе, депрессии, чувстве вины, ревности, — на «языке физиологии», который знаком пациенту и поэтому удобен для него (Fry, 1993; Barsky & Klerman, 1983).

Согласно этому взгляду, все люди, которым сложно осознать или выразить свои эмоции, являются кандидатами в больные истерическими расстройствами, особенно если они испытывают трудности в отношениях с другими. То же можно сказать и о тех, кто «хорошо знает» язык физиологических симптомов, имея опыт настоящих физиологических проблем, либо собственных, либо у своих родственников или друзей. Поскольку дети менее способны выражать свои эмоции словами, они особенно склонны использовать физиологические симптомы как форму общения (Garralda, 1996). Однако, как и другие объяснения, данный когнитивный подход не прошел достаточной проверки и слабо подкреплён результатами исследований.

Лечение соматоформных расстройств.

Люди, страдающие соматоформными расстройствами, обычно прибегают к психотерапии только как к последнему средству. Они уверены, что их проблемы имеют чисто медицинский характер и поначалу отвергают любые предположения об обратном. Однако в конце концов многие пациенты с таким диагнозом действительно обращаются к психотерапии.

Ипохондрические соматоформные расстройства обычно лечатся теми же способами, что и тревожные расстройства. В одном из исследований для лечения семнадцати пациентов с дисморфофобиями применялся метод *погружения и предотвращения реакции* (*exposure and response prevention*), бихевиористский подход, часто помогающий излечивать людей, страдающих обсессивно-компульсивными расстройствами (см. главу 5). В течение четырехнедельного курса лечения пациента постоянно ставят перед необходимостью обращать внимание на свои воображаемые физические недостатки и предотвращают какие-либо действия с его стороны, способные облегчить возникающий у него дискомфорт (Neziroglu et al., 1996). К концу курса лечения испытуемые проявляли меньшую озабоченность своими «недостатками», тратили меньше времени на исследование состояния частей своего

тела и разглядывание себя в зеркале и меньше уклонялись от социального взаимодействия. Однако широкой проверки эффективности данного подхода не проводилось (Avia et al., 1996; Bower, 1995).

К пациентам с истерическими соматоформными расстройствами, как правило, применяют методы, основанные на *осознании, внушении, подкреплении* или *конфронтации*. Наиболее распространенный подход *осознания* или *инсайта* — это психодинамический метод, который помогает людям осознать свои внутренние, возбуждающие тревогу конфликты, благодаря чему уничтожается необходимость конвертировать тревогу в физиологические симптомы. Терапевты, использующие технику *внушения*, убедительно говорят больному, что его физиологические симптомы скоро исчезнут (Bird, 1979), или внушают это человеку под гипнозом (Ballinger, 1987). Терапевты, выбирающие способ *подкрепления*, организуют ситуацию так, чтобы лишить клиента вознаграждений, получаемых им за поведение «больного», и увеличить вознаграждение за поведение, свойственное здоровому человеку (Donahue, Thevenin, & Runyon, 1997; Mullins et al., 1997). Наконец, терапевты, предпочитающие *конфронтационный* подход, пытаются заставить пациента отказаться от роли больного, прямо сообщая ему, что его симптомы не имеют под собой медицинской основы (Brady & Lind, 1961).

Эффект различных способов лечения истерических расстройств еще недостаточно прояснен исследователями (Ballinger, 1987). Но изучение практических случаев показывает, что конверсионное и болевое расстройства легче поддаются лечению, чем соматизация, и что подходы, использующие осознание, внушение и подкрепление, чаще приносят стабильные улучшения, чем стратегия конфронтации.

<Психологические заметки. Тревожное ощущение «комка в горле» известно в медицинских кругах под названием *globus hystericus*.>

Резюме

Больные соматоформными расстройствами испытывают физические недомогания, причины которых в основном являются психологическими. В отличие от людей с симулятивными расстройствами, такие пациенты сами верят в то, что их болезни имеют органическую основу.

Истерические соматоформные расстройства. Истерические соматоформные расстройства приводят к действительным потерям или изменениям физиологических функций. Они включают в себя конверсионное, соматизированное (синдром Брике) и болевое расстройство, связанное с психологическими факторами.

Ипохондрические соматоформные расстройства. Люди, страдающие ипохондрическими соматоформными расстройствами, серьезно, но ошибочно убеждены в том, что у них есть какие-то физические недостатки. В категорию таких расстройств входят истерия и дисморфобия.

Таблица 8.1. Болезни, имеющие физиологические симптомы

Тип болезни	Сознательный контроль над симптомами?	Симптомы связаны с психологическими факторами?	Очевидная цель?
Симуляция	да	может быть	да
Симулятивные расстройства	да	да	нет (исключая внимание врачей и медицинского персонала)
Соматоформные расстройства	нет	да	может быть
Психофизиологические расстройства	нет	да	может быть
Физиологические болезни	да	может быть	нет

(Hyer & Spitzer, 1978.)

Объяснения и лечение. Ученые объясняют ипохондрические соматоформные расстройства в основном так же, как тревожные расстройства. Соответственно, методы лечения таких расстройств включают погружение и предотвращение реакции (ответа) (exposure and response prevention) и другие техники, применяющиеся в терапии тревожных расстройств. Истерические соматоформные расстройства,

напротив, рассматриваются как уникальные и до сих пор их причины плохо известны. Терапевтические подходы направлены на осознание (инсайт), внушение, подкрепление или конфронтацию.

Психофизиологические расстройства.

В первой половине XX века клиницисты выделили группу физиологических заболеваний, которые казались результатом взаимодействия психологических и физических факторов (Dunbar, 1948; Bott, 1928). Эти заболевания отличаются от соматоформных расстройств тем, что как психологические, так и физические факторы вносят свой вклад в возникновение болезни, и болезнь приносит человеку реальный физический вред (табл. 8.1). Если в прежних версиях справочника DSM такие заболевания именовались психофизиологическими или психосоматическими расстройствами, то в DSM-IV они обозначены как психологические факторы, воздействующие на физическое здоровье (см. диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). При дальнейшем обсуждении мы будем использовать более привычный термин «психофизиологические».

Психофизиологические расстройства — болезни, вызываемые взаимодействием психологических и органических факторов. Также называются психосоматическими расстройствами.

Традиционные психофизиологические (психосоматические) расстройства.

До конца 60-х годов клиницисты считали психофизиологическими только ограниченное число болезней. Наиболее известные и наиболее распространенные из них — это язва, астма, хронические головные боли, высокое артериальное давление и коронарная болезнь сердца. Однако недавние исследования показывают, что и многие другие физические заболевания, включая бактериальные и вирусные инфекции, также могут быть вызваны взаимодействием психологических и физических факторов. Сначала мы рассмотрим традиционные психофизиологические расстройства, а затем перейдем к новым болезням, причисляемым к этой категории.

<«Радостное сердце — лучшее лекарство, а уныние духа иссушает кости». — Притчи царя Соломона 17:22>

Язва — это болезнь, состоящая в том, что в стенках желудка или двенадцатиперстной кишки образуются повреждения (прободения), в результате чего появляется ощущение жжения или боль в желудке, а иногда случаются приступы рвоты и желудочное кровотечение. Этим заболеванием страдают до 10% населения Соединенных Штатов, и каждый год от него умирают более 6000 человек (Suter, 1986). Язва, очевидно, возникает благодаря взаимодействию психологических факторов, таких как стресс, вызванный окружающей средой, сильное чувство гнева или тревоги или зависимый личностный стиль (Tennant, 1988; Weiner et al., 1957), и физиологических факторов, таких как бактериальная инфекция (Blaser, 1996; McDaniel et al., 1994).

Язва — повреждение стенок желудка или двенадцатиперстной кишки.

Астма вызывает сужение дыхательных путей организма (трахеи и бронхов), что затрудняет прохождение воздуха к легким и от легких (Simeonsson et al., 1995). В результате возникает учащенное дыхание, одышка, кашель и пугающее ощущение удушья. В настоящее время в Соединенных Штатах астмой страдают около 15 миллионов человек, в два раза больше, чем 15 лет назад (Weiss, 1997). Большинство жертв в то время, когда у них случается первый приступ, являются детьми или подростками (DeAngelis, 1994). Причиной 70% всех случаев оказывается взаимодействие психосоциальных факторов, таких как давление неблагоприятных условий окружающей среды, сложные отношения в семье, высокая потребность в зависимости, и физиологических факторов, например, аллергии на определенные вещества, замедленной работы симпатической нервной системы и ослабленной дыхательной системы (Carr, 1998; Godding, Kruth & Jamart, 1997).

<**Лечение астмы.** Дети, страдающие астмой, могут пользоваться аэрокамерой или ингалятором, устройством, которое помогает вдыхать медикаменты, облегчающие приступ астмы. Ребенок накачивает медикаменты в пластиковую трубочку устройства и затем вдыхает их.>

Астма — болезнь, характеризующаяся сужением трахеи и бронхов, что вызывает

учащенное дыхание, одышку, кашель и приступы удушья.

Хроническими головными болями называются частые и интенсивные боли в области головы или шеи, не вызванные какой-нибудь другой болезнью. Существует два типа таких болей. Головные боли, вызванные мышечным сокращением или напряжением, характеризуются болевыми ощущениями в области затылка или лба или в задней части шеи (Peterson et al., 1995). Они появляются, когда мышцы, окружающие череп, напрягаются, что приводит к сужению кровеносных сосудов. Такими головными болями страдают примерно 40 миллионов американцев. Мигрень представляет собой особенно жестокие, часто почти парализующие боли, сосредоточенные на одной стороне головы. Припадку мигрени часто предшествует предостерегающее ощущение, называемое аурой, а сам припадок иногда сопровождается головокружением, тошнотой или рвотой. Развитие приступа мигрени проходит две фазы: (1) кровеносные сосуды головного мозга сужаются, и поток крови к некоторым частям мозга уменьшается, (2) затем те же самые сосуды расширяются, так что кровь движется по ним очень быстро, стимулируя много нервных окончаний и вызывая боль. В Соединенных Штатах мигренью страдают около 23 миллионов человек.

Хронические головные боли — частые и интенсивные боли в области головы или шеи, не вызванные какой-нибудь другой болезнью.

Головные боли, вызванные мышечным сокращением — головные боли, причиной которых является сокращение мускулов, окружающих череп, и происходящее в результате сужения кровеносных сосудов. Также называются головными болями, вызванными напряжением.

Мигрень — особенно сильная головная боль, сосредоточенная в одной половине головы, припадку боли часто предшествует предостерегающее ощущение (аура), и он иногда сопровождается головокружением, тошнотой или рвотой.

Проведенные исследования убеждают нас в том, что хронические головные боли являются результатом взаимодействия психосоциальных факторов, таких как давление окружающей среды, пассивный личностный стиль, а также общее ощущение беспомощности, гнев, тревога или депрессия (Merikangas, Stevens, & Angst, 1994), и физиологических факторов, таких как неправильная деятельность нейротрансмиттера серотонина, болезни сосудов или мышечная слабость (Park, 1996; Raskin et al., 1987). Гипертония — это хронически повышенное артериальное давление. Повышенное давление означает, что кровь, проталкиваемая сердцем по артериям, слишком сильно давит на стенки артерий. Гипертония имеет мало внешних симптомов (Fahrenberg et al., 1995), но она отрицательно влияет на работу всей сердечно-сосудистой системы, существенно повышая вероятность инсульта, коронарной болезни сердца и заболеваний почек. По приблизительным оценкам, около 40 миллионов человек в США имеют повышенное артериальное давление, ежегодно десятки тысяч людей умирают непосредственно от этой болезни и еще миллионы — от болезней, вызванных повышенным давлением (Johnson, Gentry, & Julius, 1992). Одни только физиологические аномалии являются причиной менее 15% случаев гипертонии; в остальных случаях она обязана своим возникновением сочетанию психосоциальных и физиологических факторов и часто называется эссенциальной (идиопатической) гипертонией или гипертонией неясной этиологии (essential hypertension) (McDaniel et al., 1994). Некоторые из основных психологических причин идиопатической гипертонии — это постоянная опасность, исходящая из окружающей среды, общее чувство гнева и невыраженная потребность во власти (Dubbart, 1995; Somova, Diarra, & Jacobs, 1995). Физиологические причины включают в себя избыток соли в диете и неправильную работу барорецепторов, чувствительных нервных окончаний на стенках сосудов, которые отвечают за передачу в мозг сигналов о том, что давление крови становится слишком высоким (Julius, 1992; Schwartz, 1977).

Гипертония — хронически повышенное артериальное давление.

Эссенциальная (идиопатическая) гипертония — повышенное кровяное давление, вызванное сочетанием психосоциальных и физиологических факторов.

Барорецепторы — чувствительные нервы в кровеносных сосудах, отвечающие за подачу в мозг сигналов о том, что давление крови становится слишком высоким. Коронарная болезнь сердца возникает из-за закупоривания коронарных артерий, кровеносных сосудов, окружающих сердце и ответственных за доставку кислорода к сердечной мышце. В действительности, этот термин относится к нескольким разным ситуациям, включая инфаркт миокарда и частичную или полную закупорку коронарных артерий. Вместе взятые, эти проблемы являются главной причиной смерти американских мужчин старше 35 лет и женщин старше 40 лет, каждый год из-

за них происходит до 800 000 смертей, более трети всех смертей в Соединенных Штатах (Blanchard, 1994; Matarazzo, 1984). Основная часть всех случаев коронарной болезни сердца связана с взаимодействием психосоциальных факторов, таких как стресс на работе, сильное чувство гнева или глубокая депрессия, и физиологических факторов, таких как высокий уровень холестерина, ожирение, гипертония, воздействие курения и недостаток физических упражнений (Glassman & Shapiro, 1998; NAMHC, 1996; Hugdahl, 1995).

Коронарная болезнь сердца — болезнь сердца, вызванная закупоркой коронарных артерий.

Коронарные артерии — кровеносные сосуды, окружающие сердце и ответственные за доставку кислорода к сердечной мышце.

Дисрегуляционная модель психофизиологических расстройств

Психофизиологические расстройства, по определению, возникают из-за взаимодействия психосоциальных и физиологических факторов. Каким образом комбинируются эти факторы при образовании болезни? Гэри Шварц (Gary Schwartz), ведущий исследователь в данной области, в качестве ответа предложил дисрегуляционную модель (disregulation model) (рис. 8.3). Шварц утверждает, что между головным мозгом и телом обычно устанавливается отрицательная обратная связь, гарантирующая правильное функционирование организма (Schwartz, 1982, 1977). Головной мозг получает информацию о происходящих событиях из окружающей среды, обрабатывает эту информацию и затем посылает органам тела сигналы к действию. После этого специальные механизмы в органах обеспечивают критическую обратную связь, сообщая мозгу, что стимуляция органов достигла своей цели и должна быть прекращена.

Дисрегуляционная модель — теория, рассматривающая психофизиологические расстройства как результат неисправностей в механизме отрицательной обратной связи, устанавливаемой между телом и головным мозгом, что приводит к нарушениям процессов саморегуляции организма.

Типичный цикл обратной связи управляет уровнем артериального давления (Egan, 1992; Julius, 1992). В первой фазе цикла мозг получает информацию об опасности, существующей в окружающей среде, например, о сверкнувшей невдалеке молнии или мчащемся на высокой скорости автомобиле. В следующей фазе цикла мозг обрабатывает информацию и побуждает нервную систему поднять давление крови. Затем идет следующая фаза, в которой барорецепторы, чувствительные к давлению элементы в кровеносных сосудах, предупреждают нервную систему о том, что давление стало слишком высоким, и нервная система понижает артериальное давление до приемлемого уровня.

<Психологические заметки. Согласно опросам, своей работой довольны 65% белых американцев и только 56% афроамериканцев (Watson Wyatt World...de, 1995).>

Согласно Шварцу, если в одной из фаз цикла появляются неполадки, в организме вместо эффективной саморегуляции возникает состояние дисрегуляции, проблемы распространяются по всему циклу, и в результате может развиваться психофизиологическое расстройство. Причиной гипертонии, например, может быть неисправность в любой части цикла обратной связи, управляющей артериальным давлением. Если информация, поступающая из окружающей среды, избыточна (как, например, тогда, когда человек испытывает постоянный стресс на работе или долго не может найти работу) или обработка информации ошибочна (как тогда, когда человек неправильно интерпретирует повседневные события), или органы тела функционируют неправильно (например, аорта ненормально сужается), или не работает механизм обратной связи (барорецепторы не передают в головной мозг информацию о том, что давление крови слишком высоко), в любом случае неточная информация передается дальше по циклу, пока все его части не оказываются настроенными на повышение артериального давления (Landsbergis et al., 1994).



Рисунок 8.3. Цикл отрицательной обратной связи. Согласно дисрегуляционной модели Шварца, нормальный процесс регуляции организма протекает следующим образом: организм подвергается стимулирующему воздействию окружающей среды (1); головной мозг обрабатывает информацию об этом воздействии (2); головной мозг посылает органам тела сигналы к действию (3); органы обеспечивают отрицательную обратную связь с мозгом, сообщая о том, что их стимуляция достигла своей цели и должна быть прекращена (4) (Schwartz, 1977).

Факторы, вносящие вклад в возникновение психофизиологических расстройств

За годы работы клиницисты выделили множество социокультурных, психологических и биологических переменных, вносящих свой вклад в развитие психофизиологических расстройств. Некоторые из этих воздействий проявляются особенно часто.

Социокультурные факторы. Порождающие стресс требования, налагаемые на человека обществом или социальной группой, могут привести к нарушениям в системе саморегуляции и создать почву для возникновения психофизиологических расстройств. Стрессовое воздействие может быть широкомасштабным, как в случае войны или природной катастрофы. Например, после случившейся в 1979 году аварии на атомной электростанции Three Mile Island у людей, живших поблизости, отмечалось большое количество психофизиологических расстройств, и такая картина наблюдалась в течение многих лет (Schneiderman & Baum, 1992; Baum et al, 1983). С другой стороны, социокультурный стресс может принимать форму постоянного воздействия неблагоприятных социальных условий, вызывающих повторяющееся ощущение напряжения, таким условием может быть жизнь в районе с высокой преступностью или неудовлетворенность своей работой (Landsbergis et al., 1994). Например, афроамериканцы болеют гипертонией в два раза чаще, чем белые американцы (Johnson et al., 1992). Хотя эти различия можно объяснить физиологическими факторами, некоторые ученые считают, что опасная окружающая среда, в которой живут многие афроамериканцы, и неудовлетворенность многих из них своей работой также играют роль в возникновении этой диспропорции (Anderson et al., 1992). И, наконец, стресс может быть вызван семейными или связанными с работой обстоятельствами, такими как смерть одного из членов семьи, развод или потеря работы (Levy et al., 1997; Johnson et al., 1992).

Психологические факторы. По мнению многих теоретиков, определенные потребности, отношения, эмоции и стили взаимодействия с окружающей средой могут стать причиной преувеличенной реакции человека на стрессовые факторы и повысить, таким образом, вероятность появления психофизиологических расстройств (Watten et al., 1997). Например, ученые установили, что мужчины с репрессивным стилем совладания (repressive coping style) (считающие неприемлемым выражение чувства дискомфорта, гнева или враждебности) обычно испытывают повышение артериального давления при проведении тестов реакции на стресс (mental stress tests) (NAMHC, 1996; Vogeley & Steptoe, 1993). Также было обнаружено, что люди с таким копинг-механизмом чаще заболевают астмой (DeAngelis, 1992).

Другой личностный стиль, который может содействовать развитию психофизиологических расстройств, — это личностный стиль типа А (Type A personality style), впервые описанный кардиологами Мейером Фридманом и Раймондом Розенманом (Meyer Friedman & Raymond Rosenman, 1959). Люди с таким личностным стилем постоянно сердятся, циничны, несдержанны, нетерпеливы, амбициозны и стремятся к противоборству. Их способ взаимодействия с миром, согласно Фридману и Розенману, порождает непрерывный стресс, и часто результатом становится коронарная болезнь сердца. Люди с личностным стилем типа В (Type B personality style), напротив, характеризуются как более спокойные, менее

агрессивные и менее озабоченные вопросом времени. Они менее подвержены опасности сердечно-сосудистых заболеваний. Конечно, в реальной жизни большинство людей находятся между этими двумя полюсами, склоняясь либо в одну, либо в другую сторону, но в некоторой степени проявляя черты обоих типов. Связь между личностным стилем типа А и коронарной болезнью сердца подтверждена многими исследованиями (Rosenman, 1990; Williams, 1989). В одном известном исследовании, охватывающем более 3000 человек, Фридман и Розенман (Friedman & Rosenman, 1974) разделили выборку здоровых мужчин от 40 до 60 лет на две категории, в зависимости от того, какой личностный стиль (типа А или типа В) характерен для данного человека, и в течение следующих восьми лет следили за состоянием здоровья каждого из этих людей. Среди мужчин с личностным стилем типа А заболевших коронарной болезнью сердца оказалось в два раза больше. Позднейшие исследования показали, что и у женщин личностный стиль типа А также способствует развитию коронарной болезни сердца (Haynes, Feinleib & Kannel, 1980).

Личностный стиль типа А — личностный стиль, характеризующийся враждебностью, цинизмом, несдержанностью, нетерпеливостью, стремлением к противоборству и амбициозностью.

Личностный стиль типа В — личностный стиль, свойственный людям более спокойным, менее агрессивным и менее озабоченным вопросом времени.

Последние исследования говорят о том, что взаимосвязь между личностным стилем типа А и коронарной болезнью сердца не так сильна, как это предполагалось в предыдущих работах. Тем не менее, очевидно, что некоторые из характеристик, приписываемых типу А, особенно враждебность, действительно имеют отношение к развитию сердечных заболеваний (Miller et al., 1996; NAMHC, 1996).

<Психологические заметки. В настоящее время в употреблении находятся почти 25 миллионов таймеров. Более 50% тех, кто использует эти приборы, — люди от 18 до 29 лет (Hancock et al., 1995).>

<Рискованный бизнес. Дилер, выкрикивающий цену на Парижской валютной бирже. Стресс, происходящий от работы в сильно напряженной атмосфере, очевидно, увеличивает риск появления различных заболеваний, включая коронарную болезнь сердца.>

Биологические факторы. Мы видели, что головной мозг регулирует активность органов тела, воздействуя на них посредством вегетативной (автономной) нервной системы (ВНС), которая представляет собой сеть нервных волокон, связывающих центральную нервную систему с органами тела (см. главу 2). Если, например, мы видим какое-нибудь страшное для нас животное, группа нервных волокон ВНС, называемая симпатической нервной системой, повышает свою активность. Когда опасность проходит, становится активной другая группа нервных волокон ВНС, парасимпатическая нервная система, которая действует в противоположном направлении, замедляя учащенное сердцебиение, нормализуя дыхание и другие функции организма. Эти две части автономной нервной системы постоянно работают, взаимно дополняя друг друга и обеспечивая тем самым бесперебойное и стабильное функционирование организма (Selye, 1976, 1974; Cannon, 1927).

Поскольку ВНС — это центр, отвечающий за реакцию на стресс, ученые считают, что дефекты в этой системе также вносят свой вклад в возникновение психофизиологических расстройств (Boyce et al., 1995; Hugdahl, 1995). Если, например, автономная нервная система человека чересчур легко поддается стимуляции, она может очень активно реагировать на ситуации, которые большинством людей воспринимаются как слабый стресс, что в конце концов приводит к разрушению определенных органов и становится причиной психофизиологического заболевания (Boyce et al., 1995).

Некоторые более специфические проблемы, связанные с физиологией, также могут способствовать развитию психофизиологических расстройств. Например, у человека могут быть локальные биологические слабые места (local biological weaknesses) — определенные органы, которые или имеют дефекты или особенно склонны к разрушению под воздействием стресса (Ress, 1964). Люди со слабым желудочно-кишечным трактом, возможно, являются кандидатами в больные язвенными болезнями. Те, у кого слабая дыхательная система, подвергаются опасности заболеть астмой.

Наконец, причиной психофизиологических расстройств может быть индивидуальная биологическая реакция (individual biological reaction) на стресс. Некоторые люди, испытывая стресс, потеют, у других начинает болеть желудок, у третьих повышается

кровенное давление (Fahrenberg, Foerster, & Wilmers, 1995). Хотя, в общем, такие физиологические изменения совершенно нормальны, постоянная чересчур активная эксплуатация какой-либо отдельной системы может привести к ее изнашиванию и, в результате, к психофизиологическому заболеванию. Например, ученые выяснили, что у некоторых детей под воздействием стресса желудок вырабатывает больше кислот, чем у других (Weiner, 1977; Mirsky, 1958). Возможно, с годами эта повторяющаяся реакция ослабляет стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, делая человека особенно уязвимым к язвенным заболеваниям.

Совершенно ясно, что социокультурные, психологические и биологические факторы при образовании психофизиологических расстройств действуют совместно. Такое взаимодействие этих факторов при возникновении болезни когда-то рассматривалось как особенное и необычное явление. Однако, согласно дисрегуляционной модели, взаимодействие психологических и физиологических факторов — не исключение, а правило, по которому работает организм, и с течением времени все больше и больше болезней добавляется в список психофизиологических расстройств. Теперь мы обратимся к этим «новым» психофизиологическим расстройствам.

Новые психофизиологические расстройства.

Начиная с 60-х годов, ученые обнаруживают все больше взаимосвязей между стрессом, вызванным психосоциальными факторами, и широким спектром физиологических заболеваний. Давайте сначала посмотрим, как устанавливались эти связи, а затем обратимся к психонейроиммунологии (psychoneuroimmunology), новой области исследований, которая идет еще дальше, привязывая стресс и болезни к работе иммунной системы организма.

Стресс и болезни

В 1967 году Томас Холмс (Thomas Holmes) и Ричард Рэйх (Richard Rahe) разработали Шкалу оценки социального приспособления (Social Adjustment Rating Scale), в которой присваиваются численные значения различным потенциально стрессовым событиям, происходящим время от времени в жизни людей (табл. 8.2). На основе ответов, данных большой выборкой субъектов, наиболее стрессовым событием из всех включенных в шкалу была признана смерть супруга или супруги, которая была оценена в 100 единиц изменения жизни (life change units, LCU). Ниже по шкале располагается выход на пенсию (45 единиц), еще ниже — не очень существенное нарушение закона (11 единиц). Даже положительные жизненные события, такие как выдающееся личное достижение, могут нести с собой некоторый стресс (28 единиц). Эта шкала позволила исследователям измерить общее количество стресса, которому подвергается человек в течение некоторого периода времени. Если, например, деловая женщина в один и тот же год начала новый бизнес (39 единиц), отправила сына в колледж (29 единиц), переехала в новый дом (20 единиц) и пережила смерть друга или подруги (37 единиц), общий стресс, полученный ею в течение года, будет равняться 125 единицам, для такого периода времени это довольно большой показатель.

Затем исследователи посмотрели, как соотносится величина полученного человеком стресса с состоянием его здоровья. И они обнаружили, что у больных людей величина стресса, измеренного в единицах изменения жизни (LCU), за год, предшествующий заболеванию, оказывается намного больше, чем у здоровых людей (Holms & Rahe, 1989, 1967). Если события, изменяющие жизнь человека, за год в сумме набирают более 300 единиц (LCU), то здоровье этого человека подвергается серьезной опасности.

<Радостный стресс. Согласно Шкале оценки социального приспособления, даже положительные жизненные события, такие как свадьба, могут вызывать стресс.> В ходе одного из исследований Рэйх (1968) разделил 2500 практически здоровых моряков на группу высокого риска (набравших большое количество единиц изменения жизни (LCU) за предшествующие шесть месяцев) и группу низкого риска (набравших мало LCU за предшествующие шесть месяцев), а затем проследил состояние здоровья людей из этих двух групп, когда они вышли в море. В течение первого месяца в море из группы высокого риска заболело людей в два раза больше, чем из группы низкого риска; в течение последующих пяти месяцев плавания моряки из группы высокого риска также болели чаще, чем те, кто принадлежал к группе низкого риска.

За время, прошедшее после появления пионерской работы Холмса и Рэйха, была установлена связь стрессовых воздействий различных видов с множеством болезней, от ангины и инфекций верхних дыхательных путей до рака (Pillow, Zautra, & Sandier, 1996; Kiecolt-Glaser et al, 1991). Ученые обнаружили, что чем больше величина стресса, полученного человеком, тем больше вероятность заболевания. Была даже

установлена взаимосвязь между травматическим стрессом и смертью. Особенно поразительный пример смерти, наступившей в результате психологического стресса, дает нам следующий случай.

Чарли и Джозефин 13 лет были неразлучны. Чарли на глазах у Джозефин с непонятной жестокостью был застрелен в стычке с полицией. Джозефин сначала некоторое время стояла без движения, затем медленно приблизилась к распростертым на земле останкам, упала на колени и молча уронила свою голову на безжизненное и окровавленное тело. Обеспокоенные люди попытались помочь ей, но она отказывалась двигаться. В надежде, что она скоро справится со своим страшным горем, ее оставили в покое. Но она не поднялась больше никогда; через 15 минут она умерла. Теперь сообщим вам замечательную подробность этой истории: Чарли и Джозефин были две ламы из зоопарка! Во время снежного бурана они сбежали из своего загона, и Чарли, очень норовистое животное, был застрелен, так как он показал себя неуправляемым. По утверждениям служителей зоопарка, до момента трагического события Джозефин всегда была нормально активной и здоровой (Engel, 1968).

Однако Шкала социального приспособления Холмса и Рэйха имеет, в частности, тот недостаток, что она может не учитывать определенные, вызывающие стресс факторы, характерные для специфических групп населения. Например, студенты колледжа часто испытывают стресс, встречаясь с событиями, отличными от тех, что перечислены в шкале. Вместо трудностей супружеской жизни, увольнения с работы или устройства на новую работу студент колледжа может иметь проблемы в отношениях с соседом по комнате, испытывать стресс после провала на экзамене или при поступлении в аспирантуру. Когда исследователи разработали специальную шкалу, более точно оценивающую значение различных событий для этой группы населения (см. табл. 8.2), они обнаружили, что ожидаемая связь между стрессовыми факторами и болезнями существует и здесь (Crandall et al., 1992).

Таблица 8.2. Жизненные события, вызывающие наибольший стресс

Взрослые: «Шкала оценки социального приспособления» (полная шкала содержит 43 пункта)

1. Смерть супруга или супруги
2. Развод
3. Разрыв супружеских отношений
4. Тюремный срок
5. Смерть близкого родственника или члена семьи
6. Травма или болезнь
7. Вступление в брак
8. Увольнение с работы
9. Возобновление супружеских отношений
10. Уход на пенсию
11. Изменение состояния здоровья члена семьи
12. Беременность
13. Сексуальные проблемы
14. Появление нового члена семьи
15. Реорганизация своего дела
16. Изменения в финансовом состоянии
17. Смерть близкого друга
18. Смена области производственной деятельности
19. Изменение количества споров между супругами
20. Заклад имущества на сумму более 10 000 долл.
21. Лишение права выкупа заложной
22. Изменение сферы ответственности на рабочем месте

Студенты: «Стрессовый опросник для студентов колледжей» (полная шкала содержит 83 пункта)

1. Смерть (члена семьи или друга)
2. Много контрольных работ и экзаменов за короткое время
3. Выпускные экзамены
4. Экзамены в аспирантуру
5. Совершенное против вас преступление
6. Важные работы по всем основным предметам в один и тот же день
7. Разрыв со своей девушкой/своим парнем
8. Открытие, что ваша девушка/ваш парень обманывает вас

9. Очень много дел, которые надо успеть сделать в определенный срок
10. Кража вашего имущества
11. Тяжелая неделя впереди
12. Приход на экзамен неподготовленным
13. Потеря чего-нибудь из имущества (особенно кошелька или бумажника)
14. Смерть любимого домашнего животного
15. Получение на экзамене худшей оценки, чем вы ожидали
16. Собеседование
17. Необходимость подготовить собственный проект или отчет
18. Плохая оценка на экзамене или контрольной
19. Развод родителей
20. Зависимость от других людей
21. Конфликты с товарищем по комнате
22. Поломка автомобиля/велосипеда, спустившаяся шина и т. п.

<Вопросы для размышления. Шкала оценки социального приспособления подвергалась критике за то, что в ней каждому из важнейших событий жизни присваивается конкретное числовое значение. Почему эти числовые значения могут оказаться не очень точными индикаторами величины стресса, который данное событие действительно вызывает у конкретного человека?>

При расстройствах сна, связанных с нарушениями дыхания, сон разбивается на части из-за того, что прекращается доступ кислорода в головной мозг. Синдром апноэ во сне — наиболее распространенная форма таких расстройств, встречается у 1-10% взрослого населения (АРА, 1994). Его жертвы — обычно мужчины с излишним весом, которые сильно храпят, — фактически перестают дышать во сне на 30 и более секунд. За одну ночь могут происходить сотни таких эпизодов. Многие из страдающих этим расстройством не подозревают о своей болезни, но при этом часто жалуются на сильную сонливость в течение дня.

Люди с нарушением суточного ритма (расстройством режима сна-бодрствования) испытывают сильную сонливость или бессонницу в результате повторяющихся разрывов сна, происходящих из-за несовпадения их собственного биологического режима сна и бодрствования с расписанием часов сна и бодрствования, принятым большинством людей их среды. Часто это расстройство проявляется в виде привычки поздно лечь спать и поздно встать. Такая форма диссомнии может быть вызвана работой в ночную смену, частыми переходами с одной рабочей смены на другую или нарушением суточного ритма из-за частой перемены часовых поясов.

Крупным планом

Сон и расстройства сна: еще одна сторона взаимозависимости тела и души

Сон, необходимая для здоровья и хорошего состояния деятельность организма, подвержен воздействию как физических, так и психосоциальных факторов. Если человек не спит, он начинает вести себя неадекватно и испытывать странные ощущения. Лишение сна на 100 или более часов приводит к галлюцинациям, паранойе и ненормальному поведению. Если человек бодрствует более 200 часов, он начинает испытывать частые непроизвольные приступы «микросна», короткого сна продолжительностью две или три секунды. Тело просто отказывается не спать так долго. Необычные эффекты, вызванные отсутствием сна, полностью исчезают, как только человеку позволяют некоторое время поспать.

Чтобы лучше изучить явление сна, исследователи в лабораторных условиях регистрируют деятельность организма в то время, когда человек спит (Mendelson, 1990). Они используют, как правило, одновременно три типа регистрирующих устройств: электроэнцефалограф, делающий запись электрической активности головного мозга, электроокулограф, который регистрирует движения глаз, и электромиограф, измеряющий напряжение и двигательную активность мышц. Одним из важнейших открытий был тот факт, что примерно 25% того времени, когда человек спит, его глаза быстро двигаются (Aserinsky & Kleitman, 1953), этот феномен стал известен под названием быстрых движений глаз, или фаза быстрого сна. Фазу быстрого сна называют также «парадоксальным сном», потому что она похожа одновременно на глубокий сон и на бодрствование.

Тело, за исключением микроскопических движений и сокращений мышц, полностью обездвижено, по существу, парализовано. В то же самое время глаза стремительно поворачиваются в разные стороны. Приток крови к головному мозгу увеличивается, и электроэнцефалограф регистрирует активность мозга, почти идентичную его нормальной активности у бодрствующего человека. Восемьдесят процентов

испытуемых, которых будили во время фазы «быстрых движений глаз», говорили, что видели сон.

В справочнике DSM-IV перечислено несколько типов расстройств сна. Подобно психофизиологическим расстройствам, они, как правило, есть результат взаимодействия физических и психосоциальных причин. Расстройства сна, при которых нарушается длительность, качество или периодичность сна, называются диссомниями (dyssomnia). Парасомнии (parasomnia) характеризуются аномальными явлениями во время сна (Stores, 1996; APA; 1994).

Диссомнии

Бессонница или трудности при засыпании и неспособность долго спать не просыпаясь — наиболее распространенная форма диссомнии. В течение каждого года от 30 до 40% взрослого населения периодически страдает бессонницей. Чтобы больной получил диагноз первичная бессонница, эта проблема должна быть его основной жалобой на протяжении, по крайней мере, одного месяца и вызывать существенные нарушения в функционировании организма (APA, 1994). Причин бессонницы может быть много.

1. Биологические факторы. Некоторые люди обладают слишком активной системой пробуждения, которая мешает им глубоко заснуть (Hobson, 1986). Кроме того, некоторые физиологические расстройства могут вызывать бессонницу (Mendelson, 1990).

2. Психические расстройства. При многих психических расстройствах, включая депрессию и шизофрению, часто наблюдаются трудности при засыпании и беспокойный, некрепкий сон.

3. Жизненный стиль. Привычка долго спать в выходные дни, сон в слишком жаркой или слишком холодной комнате, физические упражнения незадолго до сна, употребление слишком большого количества кофеина и другие подобные привычки также могут приводить к бессоннице.

4. Старательные попытки уснуть. Люди, испытывающие трудности при засыпании, иногда разрабатывают для себя маленькие ритуалы, которые, как они полагают, способны принести им так страстно желаемый сон. Однако в действительности тщательное приготовление ко сну, намеренные мысли о сне и даже пересчет слонов могут обуславливать продолжение бодрствования.

5. Неправильное применение химических веществ. Многие люди думают, что алкоголь или другие химические средства помогут им заснуть. Но часто алкоголь и снотворные препараты действуют противоположным образом, уменьшая глубину сна и внося аномалии в период быстрого сна.

В отличие от страдающих бессонницей, главная проблема людей, получающих диагноз первичная гиперсомния — исключительная сонливость, владеющая человеком на протяжении не менее чем одного месяца. Человек может испытывать потребность спать больше, чем обычно, или спать также и днем (APA; 1994).

Нарколепсия, еще одно расстройство из группы диссомний, характеризуется тем, что на протяжении более чем трех месяцев человек испытывает непреодолимые приступы парадоксального сна во время бодрствования. В Соединенных Штатах нарколепсией страдают более 200 000 человек. Периоды быстрого сна часто наступают в результате сильных эмоций. Страдающие этим расстройством могут внезапно «уснуть» в разгаре жаркого спора или в особенно волнующий момент футбольного матча. При лечении часто используются препараты типа амфетаминов.

Парасомнии

Кошмары во сне — самый распространенный тип парасомнии. Большинство людей время от времени видят кошмарные сны, но в некоторых случаях кошмары становятся особенно частыми и причиняют человеку такие страдания, что требуется специальное лечение. Подобные кошмары часто развиваются во время стресса.

Люди, страдающие приступами ужаса во сне, во время первой трети своего вечернего сна внезапно просыпаются с криком, в сильном волнении и ужасе. Они находятся в состоянии паники, часто что-то бессвязно говорят, их сердцебиение сильно учащается. Обычно на следующее утро человек не помнит об этом эпизоде. Приступы ужаса во сне нередко случаются у детей в возрасте от 4 до 12 лет и в подростковом возрасте проходят. Приблизительно от 1 до 6% детей время от времени испытывают такие припадки ужаса (APA, 1994).

Люди, страдающие снохождением или лунатизмом, — обычно это дети, — периодически покидают свою постель и бродят, не осознавая своих действий, о которых они утром ничего не помнят. Эпизоды снохождения происходят в первой

трети ночи и выражаются в том, что человек встает с кровати и начинает ходить, причем создается впечатление, что он держит в голове определенную цель. Если человека в это время будят, то первые секунды он находится в замешательстве и не понимает, что происходит. Если же таким людям позволяют спокойно продолжать ходить, то они в конце концов возвращаются обратно в кровать. Лунатикам, как правило, удается успешно избегать препятствий, взбираться на лестницы и выполнять сложные действия, имея при этом совершенно отсутствующий и эмоционально нейтральный вид. Иногда, однако, хождения во сне на самом деле приводят к несчастным случаям: падениям, столкновениям с мебелью, были даже случаи, когда люди выпадали из окон. Приблизительно от 1 до 5% детей демонстрируют подобные нарушения сна в течение довольно длительного периода времени, а случайные эпизоды бывают у 30% детей. Эпизоды снохождения обычно прекращаются к 15 годам (АРА, 1994).

Сон и расстройства сна в последние десятилетия пользуются большим вниманием исследователей, и лаборатории по изучению сна в настоящее время основаны во многих крупных городах. Сон — важная часть нашей жизни, и результаты работ, посвященных исследованию сна, находят применение не только при лечении расстройств сна и связанных с ними других психических нарушений, но и практически в любой сфере человеческой деятельности.

Психонейроиммунология

Каким образом стрессовые события могут повлиять на заражение вирусной или бактериальной инфекцией? Чтобы ответить на этот вопрос, ученые сосредоточили свое внимание на иммунной системе организма как на ключевом факторе такой взаимосвязи и разработали новую науку под названием ***психонейроиммунология***, занимающуюся исследованием связей между психосоциальным стрессом, иммунной системой и здоровьем.

Иммунная система — это совокупность видов деятельности и клеток организма, предназначенных для того, чтобы выявлять и уничтожать антигены, вторгшиеся извне враждебные субстанции, такие как бактерии, вирусы, грибки, паразиты, а также клетки злокачественных опухолей (Cohen & Herbert, 1996). Одну из важнейших частей системы образуют миллиарды ***лимфоцитов***, белых кровяных телец, циркулирующих по лимфатической и кровеносной системам. Они реагируют на появление антигенов и помогают организму победить врагов.

Психонейроиммунология — наука, которая занимается исследованием связей между психосоциальным стрессом, иммунной системой и здоровьем.

Иммунная система — совокупность видов деятельности и клеток организма, предназначенных для того, чтобы выявлять и уничтожать антигены и клетки злокачественных опухолей.

Антиген — вторгшаяся извне враждебная организму субстанция, например, бактерия или вирус.

Лимфоциты — белые кровяные тельца, циркулирующие по лимфатической и кровеносной системам и помогающие организму выявлять и уничтожать антигены и раковые клетки.

Лимфоциты одной группы, называемые Т-клетки помощники (Т-хелперы), выявляют антигены, а затем размножаются и инициируют производство организмом иммунных клеток других типов. Лимфоциты другой группы, Т-клетки убийцы (Т-киллеры), находят и разрушают клетки организма, уже пораженные вирусами, чтобы остановить распространение вирусной инфекции. Лимфоциты третьей группы, В-клетки, производят антитела, протеиновые молекулы, которые распознают антигены и прикрепляются к ним, помечая их для уничтожения и не давая им вызвать инфекцию. Основываясь на исследованиях как человеческого организма, так и организмов животных, ученые сегодня полагают, что стресс способен повлиять на деятельность лимфоцитов, замедляя их работу и увеличивая, таким образом, подверженность человека вирусным и бактериальным инфекциям (Sternberg & Gold, 1997; Adler, Felten, & Cohen, 1991). Поворотной вехой в этой области было исследование Р. В. Бартропа (R. W. Bartrop) и его коллег (1977), проведенное в Новом Южном Уэльсе (New South Wales) в Австралии, в ходе которого ученые сравнивали работу иммунной системы у 26 человек, чьи супруги умерли восемью неделями раньше, и 26 соответствующих им по всем остальным параметрам людей из контрольной группы, чьи супруги были живы. Анализы крови показали, что деятельность лимфоцитов у людей, перенесших потерю близкого человека, протекала намного медленнее, чем у людей из контрольной группы. Другие исследования обнаружили, что у тех, кто

испытывает длительный стресс, функционирование иммунной системы также замедляется. Например, согласно данным ученых, когда люди стоят перед необходимостью Долгое время ухаживать за родственником, заболевшим болезнью Альцгеймера, работоспособность их иммунной системы часто снижается (Kiescolt-Glaser et al, 1996; 1991; 1987).

Эти исследования выявляют очень интересную и неожиданную вещь. Получается, что здоровые люди в те периоды времени, когда им приходится испытывать высокий стресс, на поверхности остаются по-прежнему здоровыми, но функционирование их иммунной системы при этом замедляется, делая их уязвимыми по отношению к болезни. Если стресс воздействует на нашу способность сопротивляться болезням, то нет ничего удивительного в том, что ученые постоянно обнаруживают связь психологического стресса со все новыми заболеваниями. Но как и когда стресс может вмешиваться в работу иммунной системы? На то, приведет ли стресс к замедлению функционирования иммунной системы, влияют несколько факторов: биохимическая активность организма, изменения в поведении, личностный стиль и степень социальной поддержки.

<Психологические заметки. У ветеранов Вьетнамской войны, которые двадцать лет спустя после того, как им пришлось испытать стресс в боевых условиях, продолжают страдать от посттравматического расстройства, наблюдается большее, чем обычно, число нарушений кровообращения, костных и мышечных заболеваний, заболеваний пищеварительной, эндокринной и нервной систем, респираторных и инфекционных заболеваний (Boscarino, 1997).>

<Вопросы для размышления. В прошлом врачи не могли распознать психологические факторы, часто влияющие на развитие физиологического заболевания. Теперь же некоторые наблюдатели опасаются, что, возможно, этим факторам стали придавать слишком большое значение. Какие проблемы могут возникнуть в результате слишком активного подчеркивания роли психологических факторов в развитии соматических заболеваний или упрощенного понимания взаимосвязи души и тела?>

<Т-киллеры. Т-клетки окружают превосходящую их по размерам раковую клетку и разрушают ее, предотвращая таким образом распространение ракового заболевания.>

Биохимическая активность. Как мы уже видели, стресс ведет к повышенной активности симпатической нервной системы, в том числе к увеличению выработки нейротрансмиттера норэпинефрина, распространяющегося в головном мозге и теле. Одно из мест назначения, к которым направляется норэпинефрин, — лимфоциты иммунной системы (Whitacre et al., 1994; Ader, Felton, & Cohen, 1991). При легком стрессе или на ранней стадии стресса нейротрансмиттер принимается определенными рецепторами лимфоцита и передает сообщение о том, что лимфоциту следует повысить свою активность. Однако по мере того как интенсивность стресса продолжает увеличиваться, норэпинефрин достигает других рецепторов лимфоцитов и передает им подавляющее сообщение (inhibitory message), требующее, чтобы лимфоцит прекратил свою деятельность. Таким образом, если при небольшом стрессе выработка норэпинефрина улучшает работу иммунной системы, то при более высоком уровне стресса та же самая функция замедляет ее работу.

Точно так же деятельность эндокринных желез в периоды длительного стресса способствует ухудшению работы иммунной системы. Вспомним, что при определенных обстоятельствах эндокринные железы вырабатывают гормоны, химические вещества, стимулирующие работу органов тела. Когда человек подвергается стрессу, надпочечные железы, расположенные на верху каждой почки, начинают вырабатывать кортикостероиды — кортизон и другие так называемые гормоны стресса. На первой стадии выработка кортикостероидов стимулирует органы тела, побуждая их к более активной деятельности. Однако после того как стресс продолжается 30 минут или дольше, гормоны стресса достигают определенных рецепторов тела и передают им подавляющие сообщения (inhibitory messages), которые помогают охладить слишком разгоряченный стрессом организм (Manuck et al., 1991). Когда кортикостероиды принимаются рецепторами, расположенными на лимфоцитах, передаваемые ими подавляющие сообщения замедляют деятельность лимфоцитов (Bellinger et al., 1994; Zwilling et al., 1993). Таким образом, опять те же самые вещества, которые сначала помогают организму справиться со стрессом, в конце концов оказывают замедляющее воздействие на иммунную систему. Изменения в поведении. Стресс может стать причиной изменений в поведении, косвенно влияющих на работу иммунной системы. Например, некоторые люди во

время сильного или хронического стресса ощущают тревогу или депрессию и даже могут заболеть тревожным расстройством или расстройством настроения. Кроме того, во время стресса человек иногда начинает плохо спать и хуже питаться, меньше двигаться, больше курить или употреблять больше алкоголя, — а известно, что такие способы поведения способствуют замедлению деятельности иммунной системы (Cohen & Herbert, 1996; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988).

Личностный стиль. Индивидуальный личностный стиль человека также может играть определенную роль в том, насколько замедляется функционирование иммунной системы под воздействием стресса. Согласно проведенным исследованиям, у людей, которые обычно реагируют на жизненный стресс с оптимизмом, используют гибкий и конструктивный стиль взаимодействия с миром, приветствуют вызовы окружающей среды и стремятся держать под контролем повседневные события своей жизни, иммунная система работает лучше, и такие люди оказываются лучше подготовленными к борьбе с болезнями (Everson et al., 1996; Dykema, Bergbower, & Peterson, 1995). Например, некоторые исследования обнаруживают, что люди с так называемым «твердым характером» остаются здоровыми во время стресса, тогда как те, чей характер не так «тверд», кажутся более подверженными различным болезням (Kobasa, 1990, 1987, 1984, 1982). Одна из работ показывает даже, что мужчины, которые долгое время испытывают ощущение безнадежности, чаще умирают от сердечных болезней, рака и других заболеваний (Everson et al., 1996).

Другие исследования, сделанные в этой области, открывают, что существует связь между некоторыми личностными характеристиками и успешностью противораковой терапии (NAMHC, 1996; Anderson et al., 1994; Levy & Roberts, 1992). По данным этих работ, пациенты, страдающие некоторыми формами рака, которые демонстрируют беспомощный стиль взаимодействия с окружающей средой (coping style), а также те, которым трудно выражать свои чувства, в особенности чувство гнева, выздоравливают реже, чем пациенты, не испытывающие подобных эмоций. Однако другие исследователи не находят взаимосвязи между чертами личности и вероятностью выздоровления от рака (Holland, 1996).

<Психологические заметки. Во время и после супружеских ссор организм женщины, как правило, вырабатывает больше гормонов стресса, поэтому функционирование иммунной системы женщин в результате таких ссор ухудшается сильнее (Kiecolt-Glaser et al., 1996).>

Социальная поддержка. И наконец, похоже, что иммунная система людей, которые испытывают мало социальной поддержки и чувствуют себя одинокими, во время стресса функционирует хуже, чем иммунная система тех, кто не ощущает одиночества (Cohen & Herbert, 1996; Kiecolt-Glaser et al., 1988, 1987). В одном из исследований студентам-медикам предложили ответить на вопросы «Шкалы одиночества», разработанной в Калифорнийском университете, после чего респондентов разделили на группу «очень одиноких» и группу «не очень одиноких» (Kiecolt-Glaser et al., 1984). У тех, кто принадлежал к группе «очень одиноких», реакция лимфоцитов во время годичной сессии оказалась более медленной. В другом исследовании на данную тему было обнаружено, что у пациентов с некоторыми формами рака, которые пользовались социальной поддержкой в своей повседневной жизни или проходили курс поддерживающей терапии, иммунная система работала лучше, что, в свою очередь, способствовало их более успешному выздоровлению, по сравнению с пациентами, которые не получали такой поддержки (Fawzy et al., 1995, 1993; Sleek, 1995; Classen, Hermanson, & Spiegel, 1994).

<Лабораторные открытия. Для изучения работы иммунной системы часто используются лабораторные животные. Разрушение иммунной системы этих мышей, вызвавшее выпадение их шерсти, позволило ученым организовать и исследовать проникновение в организм различных микроорганизмов и вирусов.>

Сцены из современной жизни

Психологический эффект заражения и заболевания СПИДом

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — это вирус, который внедряется в определенные клетки человеческого организма и становится причиной их смерти. В особенности вирус поражает лимфоциты Т-4 помощники, иммунные клетки, которые в обычных условиях предохраняют организм от заболевания, сообщая остальной части иммунной системы, каких врагов следует уничтожить (Richardson, 1997; Batchelor, 1988). Пораженные лимфоциты, в свою очередь, заносят вирус вглубь иммунной системы, где он производит дальнейшие разрушения. Во многих случаях в результате заражения ВИЧ развивается синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД),

болезнь, разрушающая всю иммунную систему.

Инкубационный период, проходящий от заражения ВИЧ до заболевания СПИДом, может длиться недели, месяцы или годы (Richardson, 1997; Travis, 1996; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Пока еще мало известно о том, почему и каким образом у людей, инфицированных ВИЧ, развивается СПИД и почему у разных людей это происходит с разной скоростью. Большинство заболевших не умирают непосредственно от СПИДа, а вместо этого падают жертвами инфекций, которые не смогли бы выжить в организме со здоровой иммунной системой. В настоящее время повышенное внимание исследователей и врачей привлекает психологическое состояние людей, инфицированных или больных СПИДом (Taylor, Amodei, & Mangos, 1996; Lyketsos et al., 1996).

Психологические расстройства, сопровождающие ВИЧ-инфекцию, могут иметь и чисто органические причины. Например, вирус может поражать головной мозг, вызывая комплекс слабоумия при СПИДе (AIDS dementia complex, ADC), болезнь, способную привести к упадку энергии, появлению маниакально-депрессивных симптомов и психозу. Много чаще встречается просто общее снижение когнитивных способностей: человеку требуется больше времени, чтобы обдумать или запомнить что-то (Maj et al., 1994). Такие явления ухудшают психологическое состояние больного, и это, завершая порочный круг, еще более ослабляет иммунную систему. О комплексе слабоумия при СПИДе (ADS) известно не так много, но некоторые исследователи предполагают, что, возможно, он в той или иной степени присутствует у большинства зараженных СПИДом и может быть одним из самых ранних симптомов заболевания (Price et al., 1988).

Психологические проблемы у больных и инфицированных СПИДом также могут возникнуть в результате воздействия социокультурных факторов (Kaplan, Marks, & Mertens, 1997; Fukunshi et al., 1996). Хотя слабоумие развивается не у всех людей, зараженных СПИДом, почти все они подвергаются жестокому давлению окружающей среды, которое вызывает стресс, понижающий способность иммунной системы противостоять болезни. Ослабленная иммунная система делает ВИЧ-инфицированного еще менее защищенным как против вируса СПИДа, так и против любой другой инфекции.

Общество отказывается предоставить больным СПИДом поддержку, чтобы помочь им успешнее бороться со своей болезнью. Вместо этого оно клеймит позором и саму болезнь, и тех, кто заражен ей. Опросы показывают, что некоторые люди считают СПИД заслуженным наказанием для гомосексуалистов, наркоманов и всех, кто с ними связан (Herek & Glunt, 1988). После того как «Мэйджик» Джонсон заявил, что он заразился СПИДом не через гомосексуальный контакт или внутривенное употребление наркотиков, активисты движения борьбы со СПИДом надеялись, что эти взгляды изменятся. Но даже «Мэйджик» Джонсон оказался беззащитен перед лицом общественного страха СПИДа. Спортивные клубы отказались заключать предварительно обговоренные выгодные контракты со знаменитым спортсменом, а другие профессиональные игроки отказывались встречаться с ним на баскетбольной площадке из опасения заразиться СПИДом.

Все эксперты согласны в том, что при обычном общении с человеком, инфицированным или больным СПИДом, инфекция не передается (Herek & Capitanio, 1993). Однако предрассудки и ошибочные мнения продолжают жить. Человек, зараженный СПИДом, нередко встречается с дискриминацией и преследованиями, ему угрожает лишение работы, гарантий медицинского обслуживания и защиты, предоставляемой полицией (Tross & Hirsch, 1988). Многие из жертв, кроме того переживают потерю друзей, — тех кто умирает от СПИДа, и тех, кто отворачивается от них, — и все это в свете собственной, возможно скорой, смерти. Стресс приводит к апатии, депрессии, отказу бороться с болезнью, расстройствам тревожного характера (anxiety-related disorders) и многим другим проблемам (Lyketos et al, 1996; Taylor et al., 1996). Снова образуется порочный круг, в котором стрессовые воздействия сами по себе снижают способность иммунной системы бороться с заболеванием (Fleishman & Fogel, 1994).

<Надпись на плакате: «Я болен СПИДом. Пожалуйста, обнимите меня Вы не заболеете»>

Чтобы уменьшить количество психологических проблем, сопровождающих СПИД, мы должны дать людям, страдающим этим заболеванием, поддержку, сострадание и надежду, доступные для тех, кто болен другими опасными для жизни или неизлечимыми болезнями. Это можно сделать только путем просвещения людей

относительно реальных фактов. Сегодня на образовательные программы, касающиеся СПИДа и предназначенные как для подростков, так и для взрослых, тратятся миллионы долларов (Jacobs, 1993). Тем не менее очень трудно преодолеть глубоко укоренившееся предубеждение против загадочной смертельной болезни, а также и против людей, зараженных ею. Только тогда, когда больные СПИДом будут признаны людьми, нуждающимися в помощи и понимании, окружающее их общество сможет содействовать их выздоровлению, вместо того чтобы ускорять их смерть.

Резюме

Психофизиологические расстройства — это такие болезни, при которых взаимодействие психосоциальных и физиологических факторов порождает физиологическое заболевание. Возникновение этих расстройств можно объяснить с помощью дисрегуляционной модели, которая предполагает, что в обычных условиях между головным мозгом и телом устанавливается отрицательная обратная связь, обеспечивающая нормальное функционирование организма. Если в этой системе что-то работает неправильно, в результате может развиваться психофизиологическое расстройство.

Традиционные психофизиологические расстройства. В течение многих лет клиницисты выделяли ограниченное число болезней, определяемых как психофизиологические. В число этих традиционных психофизиологических расстройств входят язва желудка и двенадцатиперстной кишки, астма, хронические головные боли, гипертония и коронарная болезнь сердца.

Новые психофизиологические расстройства. В последнее время психофизиологическими стали считать также многие другие болезни. Ученые установили связь многих заболеваний со стрессом, что положило начало новой науке под названием психонейроиммунология.

Иммунная система организма — это совокупность видов деятельности и клеток организма, в том числе лимфоцитов, предназначенных для борьбы с антигенами: бактериями, вирусами и другими вторгающимися извне враждебными субстанциями, а также с клетками злокачественных опухолей. Стресс может привести к замедлению деятельности лимфоцитов и таким образом уменьшить способность иммунной системы бороться против болезней. Факторы, по наблюдениям исследователей, оказывающие влияние на работу иммунной системы, включают деятельность норэпинефрина и гормонов, изменения в поведении, личностный стиль и степень социальной поддержки.

Психологические средства лечения физических болезней.

После того как клиницисты обнаружили, что психосоциальные факторы могут вносить свой вклад в развитие физиологических расстройств, они стали применять психотерапевтические методы при лечении все большего числа физических болезней (Compas et al., 1998; Cassem & Hyman, 1995). Наиболее распространенные подходы — это релаксационные тренировки, установление биологической обратной связи, медитация, гипноз, когнитивное вмешательство, терапия инсайта и группы поддержки. Терапевтический подход, сочетающий в себе психологическое и физиологическое вмешательство с целью лечения или предотвращения болезни, получил название поведенческой медицины (Blanchard, 1994).

Поведенческая медицина — терапевтический подход, сочетающий в себе психологическое и физиологическое вмешательство с целью лечения или предотвращения болезни.

Сцены из современной жизни

Он не тяжелый

Несколько лет назад тринадцать мальчишек-пятиклассников из города Сан Маркое, штат Калифорния, пришли в парикмахерскую и попросили обрить их наголо. Какова была цель такой, на первый взгляд, странной групповой акции? Дело в том, что ребята хотели таким образом оказать поддержку и выразить сочувствие своему другу и однокласснику Яну О'Горману. Ян в то время проходил курс химиотерапии от рака, и у него начали выпадать волосы. Его друзья не хотели, чтобы он чувствовал себя всеми покинутым и испытывал еще большую душевную травму, поэтому они и предприняли такие самоотверженные действия ради демонстрации своей поддержки. Их учитель, тоже обривший наголо свою голову, сказал, что идея исходила от мальчишек, которые стали называть себя «Лысые орлы». Все родители выказали свое одобрение этой

групповой акции. Ян с благодарностью рассказывал об этом так: «То, что сделали мои друзья, действительно прибавило мне сил. Это помогло мне справиться со всем этим... Я очень удивился, когда узнал, что они могли сделать такое ради меня».

<Вопросы для размышления. Нет никакого сомнения, что благородное поведение друзей Яна существенно повлияло на его душевное состояние. Не могло ли оно также повлиять на состояние его физического здоровья и успешность лечения? Стало ли сейчас наше общество лучше, чем в прошлом, понимать значение психосоциальных моментов в случае таких болезней, какой страдал Ян?>

Релаксационные тренировки.

Человека можно научить расслаблять мышцы по собственному желанию, что иногда приводит к уменьшению чувства тревоги (см. главу 4). Учитывая положительное воздействие релаксации на нервную систему и ее способность уменьшать ощущение тревоги, клинические специалисты считают, что релаксационные тренировки также могут принести пользу при лечении и профилактике заболеваний, связанных со стрессом.

<Психологические заметки. Упражнения по релаксации практикуют 13% взрослых людей в Соединенных Штатах (Eisenberg et al., 1993).

Упражнения по релаксации, часто в сочетании с лекарственными препаратами, широко применяются для снижения повышенного кровяного давления (Dubbert, 1995; Canino et al., 1994). Релаксационная терапия также приносит некоторую пользу при лечении хронических головных болей, бессонницы, астмы, устранении нежелательных последствий лечения рака, снятии послеоперационных болей, и лечении болезни Рэйнода (Raynaud's disease), заболевания сосудов, характеризующегося пульсацией крови и ноющей болью (Bliwise et al., 1995; Good, 1995).

<Трудный путь релаксации. Клиницисты постоянно занимаются разработкой новых техник, помогающих людям расслабляться. На этой фотографии альпинист свободно висит над скалами в горах Аляски, демонстрируя действие «успокаивающего» шлема с тонирующими очками, который, по мысли конструкторов, должен обеспечивать релаксацию с помощью голубоватого освещения, создаваемого стеклами очков, и успокаивающего «розового» звука («pink sound»).

Релаксационные тренировки — терапия, обучающая людей расслабляться по собственному желанию.

Сцены из современной жизни

Еще одну на дорожку

Среди населения Торонто большую популярность приобрел бар нового типа — «Оздоровительный кислородный бар». В этом баре люди за 13 долларов покупают себе 20-минутный глоток чистого воздуха. Подсоединившись к резервуару с кислородом, покупатели дышат почти чистым кислородом. Постоянные клиенты клянутся, что регулярные «кислородные выпивки» в кислородном барс придают им энергии и помогают справляться со стрессом. Многие утверждают, что это помогло им избавиться от разнообразных недугов — от похмелья до климактерических расстройств. Подобные кислородные бары повсеместно распространены в городах Азии, теперь они стали появляться и в Северной Америке.

<Вопросы для размышления. Может ли быть так, что хотя бы некоторые случаи положительного воздействия вдыхания кислорода или любых других методов укрепления здоровья обязаны своим успехом психологическому успокаивающему эффекту таких приемов? Почему люди нашего общества продолжают искать новые способы улучшения своего психического и физического состояния?>

Установление биологической обратной связи.

Как мы уже знаем, установление биологической обратной связи производится следующим образом: к телу пациента присоединяют специальную аппаратуру, постоянно регистрирующую произвольную активность его тела. Получаемая таким способом информация позволяет человеку постепенно научиться контролировать реакции своего организма. Эта процедура, оказывающая некоторый эффект при лечении тревожных расстройств, в настоящее время применяется для лечения все большего числа других физиологических болезней.

В ходе одного из исследований обратная связь, устанавливаемая с помощью электромиографа, использовалась для лечения шестнадцати пациентов, страдавших от боли в области лица, вызванной частичным напряжением мышц челюсти (Dohrmann & Laskin, 1978). Во время этой процедуры электроды, присоединенные к мышцам, регистрировали их сокращения и преобразовывали эти сокращения в звуки, которые мог слышать пациент. Изменение высоты и громкости звука соответствовало

изменениям степени напряжения мышц. После нескольких «прослушиваний» своего тела с помощью электромиографа шестнадцать участников эксперимента научились по собственной воле расслаблять свои челюстные мышцы и впоследствии сообщали, что их боли уменьшились. При этом у восьми человек из контрольной группы, которых подключали к такой же аппаратуре, но не дающей обратной связи, не наблюдалось существенных уменьшений мышечного напряжения или боли.

Установление биологической обратной связи — терапевтический метод, при котором человек получает информацию о своих спонтанных психологических реакциях по мере того, как они происходят, и учится сознательно контролировать эти реакции.

Обратная связь с помощью электромиографа также успешно применялась при лечении головных болей, вызванных напряжением мышц, и паралича, наступившего в результате психологической травмы или несчастного случая (Blanchard, 1994; Phillips, 1991). Другие формы биологической обратной связи могут принести некоторый эффект при лечении аритмии сердца, астмы, мигреней, уменьшить боль от ожогов и помочь в лечении болезни Рэйнода (Compas et al., 1998; Chen & Cui, 1995; Labbe, 1995).

Медитация.

<«Я забыл мою мантру». — Безымянный персонаж из фильма «Анни Холл», 1977> Хотя техника медитации известна и практикуется с древнейших времен, западная медицина лишь недавно признала ее эффективность при лечении физических недугов (Carrington, 1993). Медитация предполагает обращение внимания внутрь себя, достижение слегка измененного состояния сознания и временное отстранение от всех стрессовых раздражителей. Самый распространенный способ медитации таков: медитирующий отправляется в уединенное тихое место, принимает удобную позу, произносит вслух или мысленно определенные звуки (называемые мантрами), которые помогают ему сконцентрироваться, и старается отключить свое внимание от всех внешних мыслей и забот (De Monte, 1995).

Медитация — техника, направленная на концентрацию внимания на своих внутренних процессах и достижение слегка измененного состояния сознания.

Многие люди, занимающиеся медитацией регулярно, говорят, что это помогает им стать более спокойными, лучше ощущать свое единство с окружающим миром и увеличивает их творческие способности (Carrington, 1993, 1978; Schneider et al, 1992). Медитация применяется для того, чтобы помочь больным раком справиться с болью (Goleman & Gurin, 1993), и в качестве вспомогательного средства при лечении гипертонии, сердечных болезней, астмы, болезней кожи, диабета и даже вирусных инфекций (Carrington, 1993, 1978; Shapiro, 1982). Она также помогает при лечении связанной со стрессом бессонницы (Woolfolk et al., 1976).

<**Борьба с ВИЧ на всех фронтах.** Этот человек, проходящий лечение в Центре здоровья (Wellness Center) в Сан-Франциско, в качестве одного из методов лечения использует занятия медитацией и пишет письма поразившему его вирусу.>

Гипноз.

Человек, подвергаемый гипнозу, вводится гипнотизером в состояние, похожее на сон и характеризующееся высокой внушаемостью; в этом состоянии загипнотизированный может по указанию гипнотизера делать необычные вещи, испытывать необычные ощущения, вспоминать, казалось бы, забытые события и забывать то, что он обычно помнит. Некоторые люди с помощью специальной тренировки научаются самостоятельно вводить себя в гипнотическое состояние (самогипноз). В настоящее время гипноз используется как вспомогательное средство при психотерапии, при исследовании поведения, а также при лечении многих физических недугов (Barber, 1993, 1984).

Гипноз — состояние, похожее на сон, характеризующееся высокой внушаемостью; в этом состоянии загипнотизированный может по указанию гипнотизера делать необычные вещи, испытывать необычные ощущения, вспоминать, казалось бы, забытые события и забывать то, что он обычно помнит.

Гипноз кажется особенно действенным в качестве средства для снятия боли, причиняемой как болезнью, так и медицинскими процедурами (Holroyd, 1996; Genuis, 1995). В одной из работ описывается случай проведения стоматологической хирургической операции с помощью анестезии, произведенной путем гипнотического внушения: после введения пациента в состояние гипноза врач внушил ему, что он в приятной и спокойной обстановке слушает рассказ своего друга о том, как тому успешно и безболезненно сделали такую же операцию под гипнозом. Затем врач с

успехом провел 25-минутную операцию (Gheorghiu & Orleanu, 1982). Хотя только некоторые люди способны перенести хирургическую операцию под воздействием одного только гипноза, гипноз в сочетании с химическими формами анестезии явно помогает многим пациентам (Wadden & Anderton, 1982). В дополнение к такому использованию в качестве анестезии гипнотические процедуры успешно применялись при лечении кожных болезней, астмы, бессонницы, гипертонии, бородавок на коже и других типов инфекций (Barber, 1993; Agras, 1984).

Когнитивное вмешательство.

<«Боль усиливается, когда на нее направлено внимание». — Чарльз Дарвин, «Выражение эмоций у людей и животных».>

Иногда в качестве одного из аспектов лечения людям, страдающим физическими недомоганиями, предлагают научиться новому отношению к своим проблемам или, другими словами, выработать новую когнитивную реакцию на них (Compas et al., 1998; Newton et al., 1995). В особенности обучение методу самоинструкций помогает многим пациентам справиться с сильной болью, включая боль, вызванную ожогами, артритом, хирургическими операциями, головные боли и боли в спине, боли при язве, множественном склерозе и во время прохождения противораковой терапии (Meichenbaum, 1997, 1993, 1977, 1975; Vlayen et al., 1995). Как мы помним из главы 4, терапевты, применяющие метод самоинструкций, учат пациентов отказываться от негативных мысленных установок («О, нет, я не могу перенести эту боль!») и заменять их конструктивными установками, помогающими справиться с болью («Когда начнется боль, просто сделай небольшую паузу; думай о том, что ты должен делать»).

Обучение методу самоинструкций — когнитивный терапевтический подход, при котором пациента обучают во время периодов стресса или физического дискомфорта использовать конструктивные мысленные установки, помогающие справиться с неприятными ощущениями.

Терапия инсайта и группы поддержки.

Если стресс и тревога часто вносят свой вклад в развитие телесных болезней, то терапия, направленная на уменьшение тревоги, должна помогать лечению таких болезней. В некоторых случаях лечащий врач может порекомендовать пациенту в качестве дополнительного средства для борьбы с болезнью пройти курс психотерапии инсайта, записаться в группу поддержки или попробовать оба эти метода совместно. Некоторые работы доказывают, что обсуждение настоящих и прошлых травматических событий своей жизни в самом деле может положительно повлиять на состояние здоровья человека (Smyth, 1998; Francis & Pennebaker, 1992). Кроме того, в некоторых исследованиях приводятся данные о том, что дети, страдающие астмой, пройдя курс индивидуальной или семейной психотерапии, учатся лучше приспосабливаться к обстоятельствам своей жизни, испытывают меньше панического страха во время приступов астмы, приступы у них бывают реже и проявляются в более легкой форме, чем раньше, они пропускают меньше школьных занятий (Campbell & Patterson, 1995; Simeonsson et al., 1995; Alexander, 1981). И, наконец, мы видели, что выздоровление от рака и некоторых других болезней часто наступает быстрее, если пациенты участвуют в группах поддержки (Classen et al., 1994).

Комбинированный подход.

Экспериментальные исследования показывают, что различные способы психотерапевтического лечения психологических болезней примерно одинаковы по своей эффективности (Newton et al., 1995; Wittrock et al., 1995). Например, при лечении гипертонии, головных болей, астмы и болезни Рэйнода (Raynaud's disease) релаксация и установление биологической обратной связи помогают в равной степени (и оба подхода помогают больше, чем «пустышки», действующие только лишь как успокаивающее средство).

Психотерапевтические подходы часто оказываются более эффективными, когда они комбинируются как друг с другом, так и с медикаментозным лечением (Canty, 1996; Hermann et al., 1995). В ходе одного из экспериментов группа язвенных больных в совокупности с медикаментозной терапией проходила тренировки по релаксации, позитивному самоинструктированию и повышению уверенности в себе, и эти люди чувствовали себя лучше, были менее тревожны, демонстрировали меньше болезненных симптомов и больше долговременных результатов, чем те пациенты, которые получали одно только медикаментозное лечение (Brooks & Richardson, 1980). Аналогично, другие исследования показывают, что комбинация разных методов лечения приводит к более существенным улучшениям состояния здоровья и

характера у жертв сердечных приступов с личностным стилем типа А, чем это происходит в случае, когда применяются только физиологические методы (Cohen, Ardjoen, & Sewpersad, 1997; Johnston, 1992; Roskies et al., 1986).

Ясно, что терапевтическая схема для лечения физиологических болезней претерпевает заметные изменения. Хотя методы лечения, ориентированные на физиологию, до сих пор преобладают, использование психотерапевтических средств продолжает расширяться. Сегодняшние ученые и практикующие врачи далеко ушли от концепции дуализма души тела, которой они придерживались в прошлом.

Резюме

Поведенческая медицина (behavioral medicine) сочетает психотерапевтические методы с традиционными методами, ориентированными на физиологию, для лечения и профилактики физиологических болезней. Психологические подходы, такие как релаксационные тренировки, установление биологической обратной связи, медитация, гипноз, когнитивные техники, терапия инсайта и группы поддержки, все шире применяются при лечении различных соматических заболеваний.

Подводя итоги.

Физиологические расстройства, когда-то не считавшиеся предметом клинической психологии, сегодня рассматриваются как проблемы, прямо попадающие в сферу ее внимания. Как давно признано, что физиологические факторы играют роль в возникновении душевных аномалий, точно так же сегодня ученые-медики признают, что психосоциальные факторы могут вносить существенный вклад в появление физиологических нарушений. На самом деле, многие из современных клиницистов считают, что психологические и социокультурные факторы вносят свой вклад в возникновение и течение почти любых физиологических расстройств.

Число работ, посвященных этой взаимозависимости, в последние тридцать лет постоянно увеличивается. То, что раньше представлялось ученым лишь неотчетливой связью между стрессом и болезнью, теперь видится как сложная цепь, состоящая из множества звеньев. Множество разных факторов, таких как стресс, индивидуальные психологические реакции, деятельность нейротрансмиттеров и замедление работы иммунной системы, вносят вклад в возникновение заболеваний, которые раньше считались чисто физиологическими.

Новые терапевтические методы также быстро развиваются. При лечении физических болезней все шире используются психологические техники, такие как упражнения на релаксации или когнитивная терапия, часто в сочетании с традиционными методами. И хотя эти новые подходы пока дают только скромные плоды, клиницисты постепенно приходят к уверенности, что в конце концов психологическое вмешательство станет одним из важнейших аспектов лечения физических болезней.

<«Душевные болезни вырастают из телесных, и так же телесные болезни вырастают из душевных болезней». — «Махабхарата»>

Хотя исследование психологической стороны физиологических заболеваний — направление действительно многообещающее, возможно, наиболее волнующим и значительным моментом является наличие взаимосвязи между социальной окружающей средой, головным мозгом и остальными органами тела. Ученые неоднократно отмечали, что психические расстройства часто лучше всего поддаются исследованию и лечению, когда и социокультурные, и психологические, и биологические факторы принимаются во внимание. Теперь они знают, что эта взаимозависимость действует также в случае физиологических заболеваний. Она снова напоминает нам о том, что головной мозг — часть тела, а человек с его мозгом и телом — часть своей социальной среды. Эти три переменные, иногда на пользу, иногда во вред человеку, но всегда находятся в неразрывной взаимосвязи.

Ключевые термины

Психосоциальные факторы

Дуализм души и тела

Симуляция

Симулятивное расстройство

Синдром Мюнхгаузена

Делегированный синдром Мюнхгаузена

Соматоформное расстройство

Истерические соматоформные расстройства

Конверсионное расстройство
Соматизированное расстройство
Болевое расстройство, связанное с психологическими факторами
Перчаточная анестезия
Атрофия
Ипохондрические соматоформные расстройства
Ипохондрия
Дисморфофобия
Фаллическая стадия
Комплекс Электры
Первичная выгода
Вторичная выгода
Представление и предотвращение реакции
Психофизиологические расстройства
Психологические факторы, влияющие на физическое здоровье
Язва
Астма
Хронические головные боли
Головные боли, вызванные сокращением мышц
Мигрень
Аура
Гипертония
Идиопатическая гипертония
Барорецепторы
Коронарная болезнь сердца
Коронарная артерия
Инфаркт миокарда
Дисрегуляционная модель
Цикл отрицательной обратной связи
Репрессивный стиль взаимодействия
Личностный стиль типа А
Личностный стиль типа В
Вегетативная нервная система, ВНС
Симпатическая нервная система
Парасимпатическая нервная система
Локальные биологические слабые места
Индивидуальные биологические реакции
Шкала оценки социального приспособления
Единицы изменения жизни
Психонейроиммунология
Иммунная система
Антиген
Лимфоциты
Т-клетки помощники
Т-клетки убийцы
В-клетки
Антитела
Норэпинефрин
Гормоны
Кортикостероиды
«Твердый» характер
Калифорнийская Шкала одиночества
Поведенческая медицина
Релаксационные тренировки
Установление биологической обратной связи
Электромиограф
Медитация
Гипноз
Самогипноз
Упражнения по самоинструктированию

Вопросы для проверки

1. Чем симулятивные расстройства отличаются от соматоформных расстройств?

2. Каковы симптомы каждого из истерических соматоформных расстройств? Как врачи отличают истерические расстройства от «настоящих» болезней с органическими причинами?
3. Перечислите основные признаки каждого из ипохондрических соматоформных расстройств.
4. Каковы ведущие объяснения и наиболее часто применяющиеся способы лечения соматоформных расстройств? Насколько экспериментальные исследования подтверждают эти методы и объяснения?
5. Каковы главные причины язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, астмы, хронических головных болей, гипертонии и коронарной болезни сердца?
6. Какие типы социокультурных, психологических и биологических факторов, по-видимому, вносят свой вклад в развитие психофизиологических расстройств?
7. Какие виды связей обнаружены между стрессом и физиологическими болезнями? Какая измерительная шкала помогла ученым исследовать эти связи?
8. Опишите характер взаимосвязей между стрессом, иммунной системой и физиологическими болезнями. Объясните, в чем заключается особая роль лимфоцитов.
9. Расскажите, каким образом во время стресса на деятельность иммунной системы могут влиять биохимическая активность организма, изменения в поведении, личностный стиль человека и степень социальной поддержки.
10. Какие психологические методики используются при лечении физиологических заболеваний? Для лечения каких конкретно болезней применяются эти методы? Насколько они эффективны?

Глава 9. Расстройства питания.

Джанет Калдвелл... рост — 157,4 см, вес 28 кг... Джанет начала соблюдать диету с двенадцатилетнего возраста. Тогда она весила 47 килограммов; домочадцы и друзья дразнили ее «пампушкой». Девочка ограничивала количество съедаемой пищи в течение двух лет и все сильнее худела. У родителей такое ее поведение вызывало все большую и большую тревогу....

Проблемы с весом у Джанет появились при половом созревании. Она говорит, что когда в 12 лет решила сбросить десяток фунтов веса, родственники и друзья поддержали ее идею. Никакой особой диеты Джанет не придерживалась. Она просто ограничила потребление мучных продуктов, стала есть много салатов и перестала перекусывать между основными приемами пищи. Сначала она была очень довольна прогрессирующим снижением веса. Девочка всегда помнила о стоящей перед ней задаче и была способна игнорировать чувство голода. Однако каждый раз, добиваясь поставленной цели, она ставила перед собой новую — потерять еще несколько фунтов. Таким образом за первый год она похудела с 47 до 36 кг.

На втором году соблюдения диеты Джанет почувствовала, что потеря в весе продолжается уже без ее контроля.... Девочке стало казаться, что внутри нее есть что-то такое, что не позволяет ей полнеть... Джанет говорит, что хотя бывает, что у нее появляется плохое настроение и она чувствует себя несчастной, тем не менее стремление соблюдать диету у нее до сих пор не пропало. Она часто гуляет, выполняет массу домашних поручений и тратит много времени на уборку комнаты, стараясь поддерживать ее в безупречном состоянии.

Видя, что Джанет уже второй год худеет и худеет, родители настояли, чтобы она вместе с матерью посетила их семейного врача. Врач был встревожен внешним видом Джанет и прописал ей высококалорийную диету. Джанет... признается, что часто на вопрос родителей о том, ела ли она, она отвечает, что ела, но на самом деле все продукты просто выбрасывала. Девочка подсчитала, что фактически в день она потребляет примерно 300 килокалорий (Leon, 1984, p. 179-184).

Так было отнюдь не всегда, но в последнее время в западном обществе словосочетание «худощавая фигура» звучит как синоним красоты и здоровья. Худоба стала прямо-таки навязчивой национальной идеей (рис. 9.1). Большинство из нас только и занято тем, что подсчитывает, сколько калорий в день потребляет. Поэтому неудивительно, что на протяжении последних тридцати лет мы наблюдаем

непрерывный рост числа больных психическими расстройствами, в основе которых лежит страх прибавления в весе (Foreyt, Poston, & Goodrick, 1996; Russell, 1995). Страдающие нервной анорексией, как и Джанет Калдвелл, убеждены в том, что должны стать как можно худее; бывают случаи, они сбрасывают такое количество килограммов, что доводят себя до смерти. Люди, страдающие нервной булимией, часто сильно переедают, а затем искусственно вызывают у себя рвоту или предпринимают другие экстремальные меры, чтобы не допустить прибавления в весе.

Процент недовольных:	1972		1997	
	муж., %	жен., %	муж., %	жен., %
Своей фигурой в целом	25	15	56	43
Своим весом	48	35	66	52
Своей мускулатурой	30	25	57	45
Своей грудью	26	18	34	38
Своим животом	50	36	71	63
Своими бедрами	49	12	61	29

Рисунок 9.1. Неудовлетворенность своим телом растет. Согласно проведенным опросам, американцы в наши дни выражают большее недовольство своим телом, чем двадцать пять лет назад. Хотя это всегда в большей степени касается женщин, но и нынешним мужчинам не нравится своя фигура гораздо чаще, чем их отцам и дедам.

(Заимствовано из: Garner, Cooke, & Marano. 1997, p. 42; Rodin. 1992, p. 57.)

В средствах массовой информации встречается множество материалов об анорексии и булимии. Одна из причин роста общественного интереса — трагический итог, который могут иметь эти заболевания. В 1982 году нация была потрясена смертью Карен Карпентер, популярной певицы и ведущей телешоу. Серьезную озабоченность также вызывает распространенность подобных проблем среди девочек-подростков и молодых женщин (Russell, 1995).

< Знаменитая жертва анорексии. Вероятно, самая знаменитая жертва анорексии в последние годы — это Карен Карпентер, молодая певица, у которой развилось психическое расстройство из-за озабоченности карьерой в шоу-бизнесе. Она начала катастрофически терять вес и в итоге умерла от возникших проблем со здоровьем.> Практикующие врачи теперь понимают, что сходство между анорексией и булимией может быть столь же важным, как различия между ними (van der Ham et al., 1997; Уильямс et al, 1996). Так, страдающие анорексией, убедясь в потере веса, могут начать переедать и у некоторых из них, таким образом, может развиться булимия (Mizes, 1995). И наоборот, у людей с булимией иногда развивается анорексия.

Нервная анорексия.

У четырнадцатилетней ученицы 8-го класса Джанет Калдвелл явные признаки анорексии: ее вес составляет лишь 85% нормы, она очень боится набрать лишний вес, имеет искаженное представление о своем весе и фигуре и приостановленный менструальный цикл (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении).

Нервная анорексия — психическое расстройство, отмеченное стремлением к максимальной худобе и потере веса.

По крайней мере половина людей с нервной анорексией, как и Джанет, сбрасывают вес, ограничивая потребление продуктов, то есть придерживаются модели поведения, названной введением ограничений. Сначала они отказываются от закусок, сладостей, а затем и от других продуктов, один за другим исключая их из своего рациона (APA, 1994; Симон et al., 1993). Люди с анорексией такого вида почти все, без исключения, соблюдают диету. Другая половина страдающих анорексией худеют, искусственно вызывая у себя рвоту после приема пищи, или применяя слабительные или мочегонные средства; при этом они могут даже объедаться. Такая модель поведения названа обжорство с последующей очисткой желудка, о ней мы расскажем подробнее, когда будем обсуждать нервную булимию (APA, 1994).

Приблизительно от 90 до 95% всех случаев анорексии — у женщин. Хотя проблема может возникать в любом возрасте, наиболее часто это происходит между 14 и 19 годами (Fombonne, 1995; APA, 1994). Приблизительно у одного процента девочек-подростков и молодых женщин в западных странах развивается подобное психическое расстройство; по крайней мере, многие демонстрируют его симптомы. Число случаев

анорексии в Северной Америке, Европе и Японии непрерывно растет (Battle & Brownell, 1996; Sz mukler и Patton, 1995).

Обычно проблемы начинаются после того, как человек, имеющий слегка избыточный или даже нормальный вес, решает «сбросить несколько фунтов». Этому может предшествовать стрессовая ситуация такая как развод родителей, отъезд из дома или переживания собственных неудач (Gowers et al., 1996, Horesh et al., 1995). Хотя большинство жертв стрессовой ситуации с меньшими или большими потерями все же ее переживают, 2-10% становится совсем плохо и они умирают, причиной чему служат проблемы со здоровьем, вызванные голоданием, или кончают жизнь самоубийством (Nielsen et al., 1998; Slade, 1995; Treasure & Sz mukler, 1995).

Клиническая картина.

Похудеть — главная цель для людей с анорексией, но в основе всегда лежит страх (Russell, 1995). Они боятся поддаться желанию есть и стать тучными, потеряв контроль над своим весом. Такие люди всецело сосредотачиваются на том, как похудеть, ограничивают список блюд, которые могут употреблять, и с предубеждением относятся ко всему, связанному с питанием. Иногда они тратят массу времени на раздумья, что есть, а что не есть, а также на чтение литературы изданную тему (King, Polivy & Herman, 1991). Многие говорят, что даже во сне видят то, как они едят (Frayn, 1991; Levitan, 1981).

Такое предубежденное отношение к пище вызвано, скорее всего, недостаточным ее количеством. В знаменитом «исследовании голодания», проводимом в конце 40-х годов, тридцать шесть человек с нормальным весом в течение шести месяцев придерживались полуголодной диеты (Keys et al., 1950). Подобно людям, страдающим анорексией, добровольцы стали предубежденно относиться к пище. Ежедневно они часами планировали, когда и что будут есть, говорили чаще о пище, чем на другие темы, читали книги по кулинарии и рецепты, смешивали продукты в разных комбинациях, то есть тратили на это массу времени. Многие видели яркие сны о том, как они едят.

Мысли людей с анорексией часто не соответствуют действительности. Обычно они имеют низкое мнение о своей фигуре, считают себя непривлекательными (Heilbrun & Witt, 1990). Кроме того, они, по-видимому, переоценивают толщину своего тела. В западном обществе вообще большинство женщин переоценивает размеры своего тела, а больные анорексией тем более. 23-летний больной рассказывает:

Я смотрю в зеркало в полный рост, по меньшей мере, четыре-пять раз в день и очень редко кажусь себе худым. Иногда после нескольких дней строгой диеты я вижу, что выгляжу неплохо, но чаще я недоволен тем, что слишком толстый (Bruch, 1973).

Тенденция переоценивать свой вес изучалась в лабораторных условиях (Rushford & Oster-meyer, 1997; Gardner & Bokenkamp, 1996). В популярном эксперименте люди смотрят на свою фотографию сквозь оптическое устройство, дающее возможность изменять величину изображения. Испытуемых просили отрегулировать линзу так, чтобы они увидели реальные размеры своего тела. Отклонения порой достигали 20%. В еще одном исследовании более половины людей с анорексией также переоценивали размеры своего тела, останавливая регулировку линзы тогда, когда изображение было явно больше, чем они на самом деле (Garner et al., 1976).

<Вопросы для размышления. В западном обществе многие — по большей части женщины — чувствуют себя так, как будто бы они на протяжении всей своей взрослой жизни или сидят на диете, или у них небольшой перерыв между диетами. Можно ли быть женщиной в западном обществе и не бороться за свой вес? Кто ответственен за социальные стандарты и давление, воздействующие на такое огромное количество женщин?>

Искаженное мышление у людей с анорексией также проявляется в плохо приспособленных к реальной жизни установках и неправильном самовосприятии (DeSilva, 1995; Garner & Bemis, 1985, 1982). Они часто говорят себе: «Я должен стать совершенным во что бы то ни стало», «Я стану лучше, если подвергну себя лишениям» и «Я не буду чувствовать себя виноватым, если прекращу есть».

У страдающих анорексией возникают различные психологические проблемы.

Проведенные эксперименты — участниками в них стали люди с нормальным весом, которые начали соблюдать полуголодную диету, — показали, что психологические проблемы появляются в результате голодания (Fichter & Pirke, 1995; Keys et al., 1950).

Люди с подобным расстройством часто впадают в депрессию и имеют низкую самооценку (Halmi, 1995); у кого-то начинаются проблемы со сном (Casper, 1995; APA, 1994), других одолевают навязчивые идеи (Halmi, 1995; Thiel et al., 1995). Такие люди

могут устанавливать твердые правила приготовления пищи. В одном из исследований испытуемые с анорексией и люди, страдающие другими навязчивыми идеями, набрали равно высокие баллы при оценке степени их компульсивности (Bastiani et al., 1996). К тому же, страдающие нервной анорексией имеют тенденцию во всем стремиться к совершенству (Bastiani et al., 1995).

<Обман зрения. В одном из исследований люди смотрят на свои собственные фотографии сквозь линзу и регулируют ее до тех пор, пока они не увидят, по их мнению, реальные размеры своего тела. Отклонения от реального изображения (левая фотография) могут достигать от минус 20% (средняя фотография) до плюс 20% (правая фотография).>

Крупным планом

Не только женщины

Растет число молодых мужчин с серьезными нарушениями режима питания, и все большее их количество стараются избавиться от этого расстройства (Gilbert, 1996). Однако мужчины составляют лишь 5-10% от общего числа имеющих подобные проблемы (Frasciello и Уиллард, 1995). Причины таких половых различий не совсем ясны.

Одно из возможных объяснений состоит в том, что мужчины и женщины подвергаются различному социальному и культурному давлению. Так, при проведении опроса было обнаружено, что когда студентов колледжа просят описать идеальное мужское тело, они, как правило, говорят о «мужественном, сильном и широкоплечем мужчине», а когда просят описать идеальное женское тело — о «стройной девушке, с небольшим недобором веса» (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). Хотя акцент на мускулистом, сильном и атлетическом теле, как идеальном для мужчин, снижает вероятность возникновения у мужчин психических расстройств, связанных с процессом питания, это может создавать другие проблемы — например, злоупотребление стероидами или повышение веса путем увеличения мышечной массы (Mickalide, 1990).

Причиной того, что женщины более подвержены психическим расстройствам, может быть и то, что при попытках сбросить вес мужчины и женщины прибегают к разным методам. Согласно клиническим наблюдениям, для того чтобы похудеть, мужчины чаще усердствуют, выполняя физические упражнения, а женщины — садятся на диету (Braun, 1996; Mickalide, 1990). А у человека, придерживающегося строгой диеты, с большей вероятностью появляются проблемы с питанием.

Психические расстройства, связанные с приемом пищи, диагностируются у мужчин с большим трудом, чем у женщин. Многие из мужчин просто не допускают, что у них могут появиться традиционно «женские проблемы». К тому же, часто в таких случаях и врачу трудно опознать расстройство из-за отсутствия явных симптомов. Отсутствие менструаций — очевидный признак анорексии у женщин, не может быть показателем у мужчин. И намного сложнее протестировать мужскую репродуктивную систему — например, проверить уровень тестостерона (Andersen, 1990).

Мужчины, у которых развиваются подобные нарушения, нередко ставят перед собой те же цели, что и женщины. Некоторые из них, например, признаются, что хотели бы иметь не сильную, мускулистую фигуру с широкими плечами, а «идеальную, стройную фигуру», близкую к идеальной фигуре женщины (Kearney-Cooke & Steichen-Asch, 1990). Во многих случаях, однако, причины, инициирующие возникновение расстройства, у мужчин и у женщин различны. У мужчин, например, они чаще, чем у женщин, вызываются потребностями работы или спорта (Thompson & Шерман, 1993). Согласно одному исследованию, 37% мужчин с нарушенным режимом питания имели работу или занимались таким видом спорта, для которых контроль веса был очень важен, в то время как у женщин эта цифра достигала лишь 13% (Braun, 1996).

Наиболее часто серьезные нарушения в режиме питания встречаются среди жокеев, борцов, пловцов и спортсменов, занимающихся бодибилдингом. Жокеи обычно перед скачками проводят около четырех часов в сауне, теряя при этом до 7 фунтов веса; они также могут ограничивать потребление пищи, принимать легкие слабительные и мочегонные средства, насильно вызывать у себя рвоту (King & Mezey, 1987). Борцы тоже обычно ограничивают прием пищи за три дня перед соревнованиями, «делают вес», часто теряя от 2 до 12% массы. Некоторые бегают, одевая несколько слоев теплой или резиновой одежды, чтобы потерять до 5 фунтов веса перед взвешиванием (Thompson & Sherman, 1993).

В то время как большинство женщин с нарушенной системой питания постоянно озабочены проблемой веса, жокеи и борцы, как правило, беспокоятся о нем только в

период спортивного сезона. После соревнований они начинают усиленно есть и пить, чтобы набраться сил для тренировок, и вновь вспоминают о весе только перед следующим контрольным взвешиванием. Эти сезонные циклы потери и восстановления веса вредны для организма, так как при этом изменяется метаболическая активность спортсмена, что непосредственно отражается на его здоровье (Mickalide, 1990; Steen et al., 1988).

Рост числа мужчин с нарушенным режимом питания привлекает внимание исследователей, они пытаются понять, какую роль тут играют половые различия и сходство (Andersen, 1992) и какие факторы воздействуют в каждом случае.

<Взвешивание. Хотя этот жокей не имеет серьезных нарушений режима питания, его уменьшение веса перед скачками иллюстрирует, какому давлению подвергаются спортсмены.>

Проблемы со здоровьем.

Привычка голодать при анорексии служит причиной возникновения различных проблем со здоровьем (Ward, Brown, & Treasure, 1996). Аменорея, отсутствие менструальных циклов, уже упоминалась. Есть и другие проблемы: пониженная температура тела, низкое артериальное давление, опухание тела, недостаточное содержание минералов в костях и замедленное сердцебиение. Может наблюдаться дисбаланс как электрохимический, так и метаболический, они способны привести к остановке сердца или сосудистой недостаточности.

Малое количество потребляемой пищи при анорексии может привести к тому, что кожа станет грубой, сухой, с трещинами; ногти — хрупкими; руки и ноги — холодными и посиневшими. Одни теряют волосы, у других на лице, руках, ногах, по всему телу начинает расти пушок (тонкие, шелковистые волосы, похожие на волосы новорожденных).

Аменорея — отсутствие менструальных циклов.

Симптомы этого заболевания наводят на мысль, что люди с анорексией не могут вырваться из порочного круга. Страх ожирения и искаженное представление о своем теле заставляют больных изнурять себя голодом. Голодание, в свою очередь, приводит к предубежденному отношению к пище, к усиливающимся тревогам и депрессии, к проблемам со здоровьем. Люди чувствуют еще больший страх — такой, что полностью теряют контроль над своим весом, приемом пищи и над собой. И тогда они вообще отказываются от пищи.

Резюме

Число людей, подверженных анорексии, растет неимоверно: худоба становится навязчивой национальной идеей. Люди стремятся сбросить как можно больше килограммов и в результате доходят до опасной грани. Тут возможны две схемы питания: ограничение потребляемых продуктов и обжорство с последующим очищением желудка.

Основные особенности нервной анорексии — стремление к худобе, страх набрать вес, предубежденное отношение к пище, когнитивные расстройства, психологические проблемы и проблемы со здоровьем, включая отсутствие менструальных циклов. Такое психическое расстройство чаще всего наблюдается в возрасте между 14 и 19 годами; более 90% страдающих анорексией — женщины; в целом этот недуг поражает около одного процента молодых женщин.

Нервная булимия.

Люди с нервной **булимией**, которая также известна как синдром обжорства с последующим очищением желудка, вовлечены в повторяющиеся эпизоды бесконтрольного переедания. Обжорство длится ограниченный промежуток времени, примерно час, в течение которого человек съедает намного больше пищи, чем большинство людей при тех же обстоятельствах (APA, 1994). Кроме того, люди с таким нарушением неоднократно прибегают к компенсирующим действиям, таким как искусственно вызванная рвота; употребление легких слабительных и мочегонных средств, клизм; постам; чрезмерным физическим нагрузкам (см. Диагностическую таблицу DSM-IV).

Булимия — расстройство, отмеченное частым обжорством, за которым следует искусственно вызванная рвота или другие экстремальные компенсирующие действия. Также известно как синдром обжорства с последующим очищением желудка.

Обжорство — расстройство режима питания, при котором человек регулярно объедается, не сопровождая это никакими компенсирующими действиями.

Замужняя женщина с булимией так описывает свое утро.

Сегодня я собираюсь быть действительно хорошей, а это значит, что я съем лишь столько, сколько нужно, и не куска больше. Я внимательно слежу за тем, чтобы не брать больше, чем Дуг. Я критически оцениваю его тело. Я чувствую, как нарастает напряжение. Я хочу, чтобы Дуг поскорее ушел и я взялась бы за дело!

Как только он закрывает дверь, я сразу же принимаюсь за работу, которой просто невпроворот. Как же я все это ненавижу! Я хочу заползти в нору, свернуться там клубком и ничего не делать. Я бы лучше поела. Я одна, я нервничаю, я нехорошая. Я все делаю не так. Я себя не контролирую. Я знаю, что не могу заниматься этим весь день. Всегда одно и то же.

Я вспомнила о каше, которую съела на завтрак. Скорее в ванную и на весы. Вес, как и прежде, но я не хочу, чтобы он оставался таким же! Я хочу худеть! Я смотрюсь в зеркало и вижу, что мои бедра уродливо деформированы. Я вижу толстую, грушевидную, безответственную тетку. Всегда что-то не так с тем, что я вижу. Я смотрю на свое тело, чувствую разочарование и не знаю, что мне делать.

Я открываю холодильник, точно зная, что там. Я начинаю с трюфелей. Я всегда начинаю с конфет. Сначала я стараюсь остановиться, но мой аппетит огромен и я решаю открыть еще коробку. Я помню, что в ванной лежит полпачки печенья, которую я не доела вчера, и быстренько его съедаю. Я выпиваю немного молока, чтобы с рвотой не было проблем. Стакана достаточно. Я беру шесть кусков хлеба и жарю в тостере, затем переворачиваю, кладу сверху масло и снова помещаю их в тостер, доводя масло до кипения. Я кладу все шесть кусков на тарелку и иду к телевизору, добавив к ним несколько бананов.

Еще последний тост не съеден, а я уже готовлю следующие шесть. Теперь можно добавить трюфелей, мороженого, йогурта или домашнего сыра. Живот начинает давить на ремень. Я знаю, что скоро пойду в ванную, но хочу отложить это. Я жду. Я чувствую давление. Но еще не время. Еще не время. Должно пройти время.

Я блуждаю бесцельно туда-сюда, затем снова убираюсь в комнатах и возвращаюсь назад. Наконец, я иду в ванную. Я становлюсь на колени, откидываю волосы назад и засовываю пальцы в рот. Я дважды погружаю их в горло и выбрасываю большое количество пищи. Я делаю так и или четыре раза. Я вижу, как все возвращается. Я вижу трюфели, я вижу печенье. Но мой ритм насыщения сбив, и у меня начинает болеть голова. Я чувствую головокружение. Я чувствую слабость. Я опустошена. Все происходит в течение часа (Hall, 1980, p. 5-6).

<Психологические заметки. В средние века ограниченное питание и посты женщин-христианок всячески поощрялись; об этом даже слагались легенды.

Екатерина Сиенская иногда заталкивала ветку в горло, чтобы избавиться от пищи; у Марии из Оигнес и Беатрис из Назарета рвота вызывалась запахом пищи; Колумба из Риети умерла от добровольного голодания (Brumberg, 1988).>

Подобно анорексии, булимия преимущественно бывает у женщин (в 90-95% случаев), она начинается в юности (чаще всего в возрасте между 15 и 21 годом) и является результатом интенсивного соблюдения диеты (Fombonne, 1995; Szmukler & Patton, 1995). Обычно заболевание продолжается в течение нескольких лет, с периодической «передышкой».

Вес людей с булимией, как правило, не превышает нормы, хотя может заметно колебаться внутри определенного диапазона (APA, 1994). Однако случается, что люди с таким расстройством начинают весить слишком мало и в конечном итоге приобретают диагноз анорексии (рис. 9.2). Лечащие врачи отмечают, что некоторые их пациенты занимаются обжорством, не прибегая ни к рвоте, ни к какому-то другому компенсирующему поведению, они просто слишком много едят (Gladis et al., 1998; Mussell et al, 1996). Однако эта категория официально не упомянута в DSM-IV.



Рисунок 9.2. Совместная схема анорексии, булимии и ожирения. Одни люди с анорексией объедаются и очищают желудок, чтобы потерять в весе, другие просто объедаются. Между тем большая часть людей с булимией не страдает ожирением, а большая часть с избыточным весом не страдает булимией. (Займствовано из APA, 1994; Garner & Fairburn, 1988; Russell, 1979.)

Часто молодые люди начинают объедаться пищей, а потом искусственно вызывать у себя рвоту или прибегать к использованию легких слабительных средств, после того как они слышат о таком поведении от своих друзей или из средств массовой информации (Johnson et al., 1995). В одном из исследований была опрошена половина студенток одного из колледжей. Они говорили, что часто переедают, 6% пробовали вызвать у себя рвоту, а 8% хотя бы однажды экспериментировали с легкими слабительными средствами (Mitchell et al., 1982). Однако только некоторым из них ставится диагноз булимия. В обзорах, опубликованных в различных странах, предполагается, что у 1-4% девочек-подростков и молодых женщин развивается полный синдром (Foreyt et al., 1996; Szmukler & Patton, 1995).

< Модели и манекенщицы. Однажды было решено, что для более успешной демонстрации линий кроя одежды манекенщицы должны быть максимально истощенными. В наши дни фигура идеальной женщины неотличима от фигуры такой манекенщицы. Растет число молодых женщин, стремящихся достичь идеала путем частого вызова у себя искусственной рвоты.>

Обжорство.

Люди с булимией могут «пировать» от двух до сорока раз в неделю, в среднем около десяти раз в неделю (Mizes, 1993). Как в случае с женщиной, которая описала свое поведение выше, объедания обычно происходят втайне. Такие люди очень быстро поглощают огромное количество продуктов с минимальным жеванием; они склонны выбирать высококалорийные продукты со сладким вкусом и мягкой структурой, например, мороженое, печенье, жареные пирожки и бутерброды. Слово булимия берет начало от греческого термина *bous limos* или «скотский голод»; здесь едва ли оцениваются вкусовые качества пищи. Обжоры за раз поглощают более 1500 килокалорий (часто более 3000 килокалорий) (Agras, 1995).

Обжорство обычно начинается с чувства невыносимого напряжения (Johnson et al., 1995). Человек чувствует раздражение, считает себя удаленным из реальной жизни и бессильным подавить в себе страстное желание есть «запрещенную» пищу (Levine, 1987). Объедаясь, он понимает, что не может остановиться. Хотя само обжорство может быть приятным в том смысле, что это освобождает от невыносимого напряжения, но затем приходят ощущение вины, самообвинение и депрессия, а также

страх прибавления в весе и страх быть пойманным на этом занятии (Mizes, 1995; APA, 1994).

Компенсирующие действия.

После переедания люди с булимией стараются компенсировать его эффекты. Многие вызывают рвоту. Но на самом деле рвота не в состоянии предотвратить поглощение хотя бы половины калорий, потребленных во время обильного принятия пищи. Кроме того, повторная рвота заставляет людей вновь почувствовать голод и ведет к более частым и интенсивным перееданиям (Wooley & Wooley, 1985). Точно так же и использование легких слабительных или мочегонных средств терпит неудачу в предотвращении поглощения калорий при обжорстве (Garner et al., 1985).

Рвота и другие компенсирующие действия могут временно освобождать от неприятного физического ощущения переполнения желудка, избавлять от тревог и чувства отвращения к самому себе, удерживать от потери самоконтроля — от того, что, как правило, сопровождает обжорство (DeSilva, 1995; Mizes, 1995). Однако через некоторое время цикл повторится, причем очистка желудка приведет к еще большему обжорству, а большее обжорство потребует большей очистки. В итоге такие повторяющиеся циклы заставят человека почувствовать себя бессильным, бесполезным и отвратительным (Kanakakis & Thelen, 1995). Большинство страдающих булимией понимают, что у них расстроена система питания. Женщина, о которой мы упоминали ранее, рассказала о том, как она, учась еще в школе-интернате, объедалась, очищала желудок и затем чувствовала отвращение к самой себе.

Каждый кусок, который оказывался в моем рту, был жалким и эгоистичным потворством, и я чувствовала все большее и большее отвращение к самой себе... Первый раз я засунула пальцы в рот в последнюю неделю своей учебы в школе. Я увидела, как из туалета выходит знакомая мне девочка с красным лицом и опухшими глазами. Эта девочка всегда говорила о своем весе, о необходимости соблюдать диету — несмотря на то, что имела действительно очень хорошую фигуру. Я сразу поняла, чем она занималась в туалете, и решила попробовать сама... (Manson et al., 1995).

Я начала с завтраков в общежитии. Чаще всего это был «шведский стол». Я старалась узнать, какую пищу легче вернуть назад. Вставая по утрам, я должна была принять решение, что мне делать: наесться и затем избавиться от этого, или все же постараться весь день не переедать... Мне постоянно казалось, что окружающие видят, как я беру огромные порции еды, но я старалась думать, что они считают меня спортсменкой и думают, что мне это необходимо, все равно все сгорит на тренировке... Как только обжорство начиналось, я не могла его прекратить, пока мой живот не становился как у беременной и я понимала, что все, больше глотать я уже не могу.

Тот год стал первым из девяти лет, когда я одержимо ела и затем избавлялась от съеденного...

Я не хотела никому об этом говорить, но уже не хотела и останавливаться...

[Хотя] влюбленность или какие-то другие отвлекающие моменты иногда ослабляли страстное желание наесться, я всегда возвращалась к пище (Hall, 1980, p. 9-12).

Как мы видели, булимия обычно проявляется во время или после периода интенсивного соблюдения диеты, часто у того, кто по началу получает заслуженные похвалы от родственников и друзей (Lowe et al., 1996; APA, 1994). Исследование установило, что у нормальных людей, которые решают соблюдать очень строгую диету, часто развивается склонность к обжорству. Некоторые сознательно голодают, но позже, когда уже разрешается регулярное питание, они начинают объедаться, чувствуя себя голодными даже после обильного приема пищи (Keys et al., 1950). Так, интенсивное соблюдение диеты, которое обычно предшествует булимии, само по себе может привести к нарушению режима питания.

<Лабораторное голодание. У тридцати шести человек, добровольно избравших диету, при которой остаешься полуголодным, в течение шести месяцев развились многие симптомы, указывающих на наличие анорексии и булимии. (Keys et al., 1950.)>

Крупным планом

Излишний вес: терять или не терять

По медицинским стандартам, одна треть взрослого населения в Соединенных Штатах весит, по меньшей мере, на 20% больше, чем средние люди их роста (Foreyt et al., 1996). Несмотря на то, что внимание общества сфокусировано на похудении, пища с низким содержанием жира и здоровом образе жизни, ожирение становится все более и более распространенным в Соединенных Штатах (Kuczmarski et al., 1994).

Избыточный вес — это не психическое заболевание и в большинстве случаев не

результат аномальных психологических процессов. Однако ожиревшие люди страдают не только из-за физиологических проблем. Средства массовой информации, окружающие нас на улицах и в офисах, изображают ожирение как нечто позорное. Тучные люди часто становятся непризнанными жертвами дискриминации при попытках поступить в колледж, на работу, сняться в рекламе (Rothblum, 1992). Однако все больше полученных сведений говорят о том, что над людьми с избыточным весом не следует насмехаться как над людьми слабыми и не контролирующими себя, что ожирение это результат воздействия многочисленных биологических и социальных факторов. Очевидно, что важную роль здесь играют генетические и биологические факторы. Исследователи обнаружили, что дети, чьи биологические родители страдают тучностью, более вероятно будут также страдать от ожирения, чем дети, чьи родители ожирением не страдают (Stunkard et al., 1986). Был определен ген, который, как предполагается, связан с ожирением (Halaas et al.). К тому же, установлены по крайней мере два химических вещества — гормон лептин и белок, названный глюкагоноподобный пептид-1 (GLP-1), которые, по всей видимости, воздействуют как естественные факторы угнетения аппетита (Turton et al., 1996; Tartaglia et al., 1995). Растет подозрение, что рецепторы мозга, реагирующие на эти химические вещества, у людей, страдающих ожирением, дефектны.

Окружающая обстановка также может стать причиной ожирения. Исследования показали, что люди больше едят в компаниях — особенно если вокруг все именно этим и занимается (Logue, 1991). Кроме того, при проведении исследований обнаружено, что представители групп с низким социально-экономическим уровнем жизни чаще имеют избыточный вес по сравнению с представителями групп с более высоким социально-экономическим уровнем жизни (Ernst & Harlan, 1991).

Фактор риска?

Подвергаются ли люди с относительно небольшим избыточным весом большему риску заболеть раком или другими болезнями? Исследования дают противоречивые ответы на этот вопрос (Kolata, 1998; Troiano et al., 1996). В одном продолжительном исследовании было обнаружено, что женщины с умеренно избыточным весом подвергаются на 30% более высокому риску ранней смерти; однако в другом было обнаружено, что уровень смертности мужчин, весящих ниже нормы, столь же высок, как и мужчин, весящих выше нормы (Troiano et al., 1996). Эти результаты говорят о том, что судить об этом еще рано.

Срабатывает ли диета?

Существуют различные диеты и таблетки для похудения. Однако убедительные доказательства, что какая-то диета может гарантировать долгосрочную потерю веса, пока не найдены (Wilson, 1994). Фактически, долгосрочные исследования показывают эффект рикошета, общее прибавление в весе среди тучных людей, которые теряют вес после низкокалорийной диеты. Также установлено, что чувство неудачи, сопровождающее такой рикошет, способно привести к дисфункциональной схеме питания — в том числе и к обжорству (Venditti et al., 1996).

Большинство людей, сидящих на низкокалорийной диете, сначала теряют вес, потом снова набирают и т. д. В конце концов эта схема сама по себе может быть опасной для здоровья, увеличивается вероятность повышения кровяного давления и возникновения сердечнососудистых заболеваний (Brownell & O'Neil, 1995, 1993; Lissner et al., 1991). В случаях экстремального ожирения, когда избыток веса действительно представляет собой опасность для здоровья и его потеря желательна, нужно ставить перед собой реальную цель долгосрочного сбрасывания веса, а не стремиться похудеть как можно быстрее (Brownell & O'Neil, 1993; Brownell & Wadden, 1992).

В настоящее время необходимо направить усилия на разработку новых препаратов, которые будут напрямую воздействовать на функционирование генов, гормонов и белков, связанных с ожирением. Теоретически, такие препараты должны изменить реакции систем организма, подрывающие усилия при соблюдении диеты. Сможет ли подобное вмешательство обеспечить безопасную и постоянную потерю веса, покажет время.

Сбросить вес: достойная ли это цель?

Специалисты утверждают, что необходимо резко перенести акцент с потери веса на общее улучшение здоровья (Rosen et al., 1995). Если плохие привычки в еде будут исправлены, если плохая Я-концепция и искаженное восприятие своего тела улучшатся, если люди с избыточным весом узнают, что является правдой, а что ложью об избыточном весе, то выиграет каждый.

Так, все большее и большее число психологов говорят о том, что небольшое и, возможно, даже умеренное ожирение следует «оставить в покое», или, по крайней мере, нужно ставить перед собой более скромные и реалистические цели. Кроме того, очень важно, чтобы общество преодолело предрассудки против людей с избыточным весом. Окружающие должны воспринимать это как еще одно нормальное состояние человека.

Сравнение нервной булимии с нервной анорексией.

Булимия сходна с анорексией во многом. Оба расстройства обычно начинаются после периода соблюдения диеты людьми, которые боятся стать тучными; стремятся похудеть, с предубеждением относятся к питанию, весу и своему внешнему виду, борются с Депрессией, тревогами и изо всех сил стремятся стать совершенными (Joiner et al., 1997, 1995; Bastiani et al., 1995). И люди, страдающие булимией, и люди, страдающие анорексией, убеждены, что они весят слишком много, выглядят ожиревшими — при этом не важно, сколько они на самом деле весят и как выглядят. Они постоянно испытывают противоречивые чувства, думая о том, что, когда и сколько есть (Mizes, 1995; Ledoux et al., 1993). Оба нарушения отмечены беспорядочными установками в отношении режима питания (DeSilva, 1995). И все же, по многим важным параметрам расстройства отличаются друг от друга (табл. 9.1). Люди с булимией, как правило, в большей степени интересуются мнением окружающих, стараются быть для них привлекательными и завязывать с ними близкие отношения (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1993; Muuss, 1986). Как следствие, они имеют больше сексуальных переживаний, более активны в этом плане, чем люди с анорексией. К тому же у них меньше одержимости, которая дает возможность людям с анорексией управлять приемом калорий так жестко (Halmi, 1995; Andersen, 1985).

В то же самое время страдающие булимией демонстрируют симптомы, которые обычно не наблюдаются у страдающих анорексией. У них часто меняется настроение, они легко впадают в печаль, становятся импульсивными (Sanftner & Crowther, 1998; Halmi, 1995). Эмоции властвуют над ними, они меняют друзей и приятелей чаще, чем другие, злоупотребляют наркотиками, алкоголем и таблетками для похудения (Wiederman & Pryor, 1996; Braun, Sunday & Halmi, 1995). Больше одной трети людей с булимией демонстрируют признаки изменения личности, о чем мы более подробно поговорим в главе 14 (Braun et al., 1995; APA, 1994).

Осложнения со здоровьем, сопровождающие булимию, также отличаются от осложнений, вызванных анорексией (Keel & Mitchell, 1991). Только половина женщин с булимией подвержены аменорее и другим нарушениям менструального цикла, в то время как этим страдают практически все женщины с анорексией (Treasure & Szmulker, 1995). Кроме того, повторная рвота омывает зубы и десны соляной кислотой, что приводит к серьезным проблемам с зубами, портит эмаль и может привести к потере зубов (Casper, 1995). Люди, которые вызывают рвоту постоянно, часто страдают диареей, им грозит опасность недостатка калия в организме, что может привести к слабости, желудочно-кишечным или почечным заболеваниям, к сердечной недостаточности (Halmi et al., 1994; Sharp & Freeman, 1993).

<Вопросы для размышления. Исследования выявляют, что девушки, жаждущие стать «суперженщиной» — идеальной, душевной и привлекательной, и соревнуются в этом друг с другом, чаще имеют проблемы, связанные с питанием, чем те, кто отказывается от такой борьбы (Gordon, 1990; Steiner-Adair, 1986). Как объяснить эту связь?>

Резюме

Страдающие нервной булимией часто переедают и затем насильно вызывают у себя рвоту или прибегают к другим компенсирующим действиям. Нередко такие обжорства — это ответная реакция на растущее напряжение. Позже приходит чувство вины и время самообличения.

Таблица 9.1. Нервная анорексия и нервная булимия

Анорексия: ограничение потребляемых продуктов	Нервная булимия
Отказываются поддерживать вес, минимально необходимый для здорового функционирования	Недостаточный вес, нормальный вес, почти нормальный вес или избыточный вес
Не признаются в том, что голодают и неправильно питаются; часто	Испытывают интенсивный голод; объедаются и искусственно вызывают рвоту;

гордятся своим контролем над весом и в большей степени, чем страдающие булимией, удовлетворены своим телом	в большей степени недовольны своим телом
Незначительное антисоциальное поведение	Более склонны к антисоциальному поведению и злоупотреблению алкоголем
Аменорея, по меньшей мере, продолжительностью в три месяца	Нерегулярные менструальные периоды у женщин; аменорея наблюдается не часто, пока вес остается небольшим
Выказывают недоверие к другим людям, особенно к врачам	Больше доверяют людям, которые хотят помочь
Склонны быть навязчивыми	Склонны все драматизировать
В целом более себя контролируют, но при эмоциональном возбуждении теряют контроль	Более импульсивны и эмоционально нестабильны
Более сексуально неразвиты и реже испытывают сексуальные переживания	Чаще испытывают сексуальные переживания, более сексуально активны
Женщины чаще не признают традиционно женских ролей	Женщины чаще признают традиционно женские роли
Чаще всего расстройство начинает проявляться в 14-19 лет	Чаще всего расстройство начинает проявляться в 15-21 год
До начала проявления расстройства чаще имеют почти нормальный вес	До начала проявления расстройства чаще имеют вес несколько выше нормы
Ближайшие родственники имеют меньшую склонность к полноте	Ближайшие родственники имеют большую склонность к полноте
Чаще хорошо ладят с родителями перед началом проявления расстройства	Более склонны конфликтовать с родителями перед началом проявления расстройства
Чаще отрицают, что конфликтуют с родителями	Чаще признают, что конфликтуют с родителями

(APA, 1994; Levine, 1987; Garner et al., 1985; Neuman & Halvorson, 1983.)

Компенсаторные действия в первую очередь подкрепляются временным облегчением, избавлением от тревог, освобождением от ощущения переполнения желудка, от отвращения к самому себе и потери контроля, которые сопровождают обжорство. Но чувство вины и отвращение к себе вновь возвращаются и чаще всего неотступно преследуют человека, страдающего нервной булимией. Булимией страдает 1-4% девушек-подростков и молодых женщин. Свыше 90% страдающих булимией — женщины. Но в основном вес этих женщин не выходит за рамки нормы.

Причины появления расстройств питания.

В последние годы при объяснении причин проявления нервной анорексии или нервной булимии специалисты прибегают к многостороннему рассмотрению перспектив риска. То есть они определяют ключевые факторы, которые ставят людей перед риском таких заболеваний. Чем больше таких факторов в данный момент, тем выше риск развития расстройства (Lyon et al., 1997). Среди лидирующих факторов: социокультурные условия (социальное и семейное давление), психологические проблемы (эго, когнитивные расстройства, угнетенное состояние) и биологические факторы.

Многостороннее рассмотрение перспектив риска — теория, определяющая различные факторы риска, которые совместно служат причиной появления расстройства. Чем больше таких факторов, тем больше риск развития нарушения.

Социальное давление.

Многие психологи убеждены, что в рост числа серьезных расстройств режима питания большой вклад вносят современные западные стандарты женской привлекательности (Wertheim et al., 1997; Abramson & Valene, 1991). Эти стандарты с течением времени изменяются, в последние годы с заметным сдвигом к худобе. При

проведении обзора сведений о росте, весе и возрасте участниц конкурса «Мисс Америка» с 1959 по 1978 год было обнаружено, что претендентки на это звание в среднем каждый год становились легче на 0,28 фунта, а победительницы — на 0,37 фунта (Garner et al., 1980). При анализе материалов, опубликованных в журналах Playboy, установлено, что средний вес, размеры бедер и бюста у изображенных там женщин неуклонно уменьшаются. Более современное аналогичное исследование указывает на то, что подобные тенденции наблюдаются и в 90-х годах (Wiseman et al., 1992).

<Профессиональный риск. Вне танцевального класса чрезмерная хрупкость фигуры студентов хореографического училища становится очевидной.

Профессиональные балерины, модели и спортсмены часто тревожатся о том, что и в каком количестве они едят, в значительной степени из-за того, что в их профессиональной деятельности сильный акцент делается на вес и размеры тела.>

<Вопросы для размышления. Модели, добившиеся в наши дни успеха — их часто называют супермоделями, — обретают славу, какой не бывало в прошлые времена. Как вы думаете, почему известность и статус моделей настолько выросли? Видите ли вы связь между их популярностью и постоянным ростом случаев нарушения режима питания?>

Поскольку худоба особенно ценится в индустрии моды, у актеров, танцоров и некоторых спортсменов, представители этих групп сильнее беспокоятся о своем весе (Williamson et al., 1995; Silverstein et al., 1986). По предсказанию психологов, исследования должны обнаружить, что люди в этих областях более чем в других склонны иметь нарушения в режиме питания (Attie & Brooks-Gunn, 1992; Prussin & Харви, 1991) (рис. 9.3). И действительно, ряд знаменитостей — молодые актрисы, спортсменки, балерины — публично подтвердили, что в последние годы имеют серьезные проблемы с питанием.

Установка на худобу может помочь объяснять наличие экономических и расовых различий в распространении расстройства. Белые американки из сравнительно высоких социально-экономических слоев, как правило, выражают большую обеспокоенность относительно своей фигуры и диеты по сравнению с афроамериканками из низких социальных слоев (Margo, 1985; Stunkard, 1975), соответственно среди них сильнее распространены и нарушения режима питания (Foreyt et al., 1996; Rosen et al., 1991). В последние годы, однако, озабоченность своей фигурой и необходимостью соблюдать диету в определенной степени возрастает во всех классах и группах меньшинств, параллельно повсеместно увеличивается число случаев нарушения режима питания (Rogers et al., 1997).

Культурные различия также помогают объяснить отчетливый гендерный разрыв в случаях нарушения режима питания. В нашем обществе внешнему виду женщин уделяется большее внимание, чем внешнему виду мужчин (Nichter & Nichter, 1991). Некоторые психологи убеждены в том, что такой двойной стандарт и заставляет женщин сильнее беспокоиться о похудении и придерживаться диеты, что и приводит к более частым случаям расстройств режима питания (Rand & Kuldaу, 1991).

Западное общество не только восхваляет худобу, но и создает климат, благоприятный для проявления предубежденного отношения к людям с избыточным весом всех возрастов. В то время как дискриминация на основе этнической принадлежности, расы и гендера считается недопустимой, грубые шутки о тучных людях — дело обычное на телевидении, в кинофильмах, книгах и журналах. Предубежденное отношение к тучным людям — явление глубоко укоренившееся в культуре (Tiggeman & Wilson-Barrett, 1998; Перан, 1996; Brownell и O'Neil, 1993). Будущие родители, которым показывают фотографии толстощекого ребенка, ребенка со средним весом и худощавого, оценивают первого как менее дружелюбного, менее активного, менее сообразительного. Они говорят, что предпочли бы, чтобы их будущий ребенок был похож на изображенного на последней фотографии, а не на первой. В другом исследовании дошкольники, которым предоставляли право выбора куклы для игры, всегда выбирали не «толстушку», а «худышку», хотя и не могли объяснить, почему. Это не слишком удивляет, так как не менее 50% девочек, учащихся в начальной школе, стремятся похудеть (Shisslak et al., 1998).

Семейная обстановка.

Семья может играть критическую роль в развитии расстройств режима питания. При проведении исследований установлено, что не менее половины семей, в которых хотя бы один из членов страдает таким расстройством, имеют «длинную историю» чрезмерного беспокойства о своем внешнем виде и соблюдении диеты (Hart & Kenny,

1995; Lieberman, 1995). Семья может также создать благоприятный климат для развития расстройства, если в ней устанавливаются ненормальные внутрисемейные отношения. Специалисты, занимающиеся проблемами семьи, приводят доказательства, что семейные взаимоотношения часто с самого начала вмешиваются в развитие расстройства и что такое расстройство является просто отражением большей дисфункции (Vandereycken, 1994; Lundholm & Waters, 1991). Известный специалист по проблемам семьи Сальвадор Минучин убежден в том, что в семье с тесными связями чаще встречаются люди с серьезными психическими расстройствами (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

Опутанные паутиной связей, члены семьи чрезмерно вовлечены в дела друг друга и чересчур озабочены деталями жизни один другого. Положительным в такой схеме взаимоотношений является то, что члены семьи могут быть любящими и терпимыми; отрицательным — то, что они могут быть прилипчивыми и ставить в зависимость. Слишком мало пространства для индивидуальности и независимости. Родители слишком вовлечены в жизни своих детей. Минучин приводит доказательства, что подростки — это особая проблема в таких семьях. Подросткам свойственно стремиться к независимости, а это угроза семейной гармонии и близости. Сложившаяся ситуация подталкивает ребенка избрать роль «больного» — так развиваются серьезные нарушения режима питания, возникают другие болезни. Проблемы ребенка дают возможность семье сохранять видимость гармонии. Больной ребенок нуждается в семье, и члены семьи сплачиваются, чтобы защитить его.

	Все женщины-спортсменки, %	Женщины - гимнастки, %
Использование, по крайней мере, одного вида саморазрушительных действий для сохранения контроля над весом	32	62
Проглатывание таблеток для похудения	25	24
Принудительная рвота	14	26
Использование слабительных	16	7
Использование мочегонных средств	5	12

Рисунок 9.3. Опасный метод. Проведенный обзор показывает, что в спорте почти треть всех женщин прибегает к хотя бы одному виду саморазрушительных действий для того, чтобы держать вес под контролем, а среди гимнасток к таким действиям прибегают почти две трети спортсменок. (Заимствовано из Rosen & Hough, 1988; Rosen et al., 1986.)

Семья с тесными связями — семья, члены которой чересчур вовлечены в дела друг друга и чересчур заботятся об их благополучии.



Времена меняются. «Сидящая купальщица» Пьера Огюста Ренуара (1841-1919) демонстрирует, что идеальная с эстетической точки зрения женщина прошлого была определенно крупнее, чем идеальная женщина наших дней. Стандарты красоты передаются средствами массовой информации, произведениями искусства, семьей и т. д.

Результаты нескольких исследований подтвердили такое объяснение причин развития нервной анорексии или нервной булимии, но при проведении эмпирических исследований доказать, что специфические семейные схемы последовательно формируют климат для развития расстройства системы питания, не удалось (Wilson et al., 1996; Colahan & Senior, 1995). На самом деле семьи, где есть страдающие анорексией или булимией, очень отличаются друг от друга (Eisler, 1995).

Крупным планом

Идеальная фигура: расовые различия?

В популярном кинофильме *Clueless* Шэр и Дионе, девочки-подростки, обе из обеспеченных семей, но с разным цветом кожи, имеют похожие вкусы, убеждения и ценности относительно всего — от мальчиков до школы. Особенно они сходятся в привычках в еде и взглядах на идеал красоты. У них и самих фигуры однотипные и вес примерно одинаковый. Но верно ли эта история отражает действительность? Так ли схожи белые и чернокожие американки в наши дни? Согласно последним исследованиям, очевидный ответ «нет» (Cash & Henry, 1995; Parker et al, 1995). Хотя заметно, что молодые афроамериканки в наши дни в большей степени, чем в прошлом, заботятся о похудении и соблюдении диеты и у них чаще наблюдаются нарушения в режиме питания, их ценности, цели и поведение в этой сфере остаются здоровее, чем у молодых белых женщин. Огромное внимание практикующих врачей и общественности привлекло исследование, недавно проведенное в Аризонском университете (Parker et al., 1995). Оно длилось три года, было опрошено 296 девочек восьмого и девятого классов. Исследователи интересовались их отношением к диете и представлением об идеальной фигуре. Результаты исследования: почти 90% белых девочек заявили, что вес и фигура их не радуют, в то время как примерно 70% девочек афроамериканок никакого недовольства по этому поводу не выразили. При этом было не важно, сколько они весили; даже те, у кого вес явно был избыточным, описали себя как счастливых.

Идеал красоты

В исследовании также было установлено, что белые и чернокожие девочки имеют различные идеалы красоты. Белые подростки, когда их просили описать «идеальную девочку», описывали девочку ростом примерно 5 футов 7 дюймов, весящую 100-110

фунтов — пропорции, зеркально отражающие так называемых супермоделей сегодняшних дней. Многие говорили, что поддержание идеального веса — ключ к тому, чтобы стать «абсолютно счастливыми». И они подчеркивали, что худоба — необходимое условие для популярности; «быть худыми — это значит быть в форме». Напротив, опрашиваемые афроамериканки, описывая «идеальную девочку», часто ставили личные качества выше внешних данных. Они говорили, что такая девочка должна быть умной, веселой, несамовлюбленной, не обязательно «хорошенькой», но непременно ухоженной. Параметры тела девочки афроамериканки описывали более близкими к параметрам обыкновенной девочки; к примеру, они одобряли более широкие бедра. Возможно, ключевая разница была в том, что афроамериканки истинной красотой считали красоту внутреннюю. Две трети их определяли красоту как «правильную установку» и почти столько же указывали, что женщины с годами становятся даже красивее.

Здоровье и диета

Принимая во внимание такие разные определения красоты, неудивительно, что афроамериканки реже, чем белые женщины, соблюдают продолжительную диету. Хотя 52% девочек афроамериканок соблюдали какое-то время диету в прошлом году, они не были склонны придерживаться очень строгой диеты, объясняя, что лучше быть немного потолще, чем худее, чем нужно. Тем временем 61% белых девочек-подростков, из тех, кто соблюдал диету в прошлом году, делал упор на диету как путь одновременно и похудеть и обрести контроль над другими сторонами своей социальной жизни. Неудовлетворенность своим внешним видом и разговоры о том, что они чувствуют лишний жир, были для белых девочек одним из способов показать, что они заботятся о своей внешности и работают над собой, стремясь к идеалу красоты (Nichter & Vuckovic, 1994).

Хотя афроамериканские девочки в этом исследовании — и, вероятно, в других тоже — придерживались более позитивных установок относительно своей фигуры и красоты вообще, исследователи предупреждают, что и для них подобные проблемы становятся все более злободневными: «Тут еще нужно посмотреть, будут ли они придерживаться того же мнения о самих себе, когда станут старше, начнут работать и сольются с основным потоком американского общества... Вполне вероятно, что для того чтобы преуспеть, им придется откорректировать свои отличительные черты, чтобы стать как все.... Не начнут ли они так же, как белые девушки, всеми силами стремиться к худобе? (Parker et al., 1995, p. 111.)

Эго и когнитивные расстройства.

Хильда Браш (Hilde Bruch), первооткрыватель в изучении и излечивании нарушений системы питания, разработала теорию, которая использует психодинамические и когнитивные понятия. Она утверждает, что нарушения во взаимоотношениях «мать-дочь» приводят к значительному дефициту Эго в ребенке (включая недостаток независимости и контроля) и к серьезным когнитивным расстройствам, что совместно приводит к расстройству системы питания (Bruch, 1991, 1978, 1962).

Согласно Браш, родители могут реагировать на своих детей эффективным и неэффективным образом. Эффективные родители проявляют большое внимание к биологическим и эмоциональным нуждам детей, давая им пищу тогда, когда они плачут от голода, и комфорт тогда, когда они плачут от страха. Неэффективные родители, напротив, не реагируют на внутренние нужды детей, они сами решают, когда их дети голодны, замерзли или устали, без учета реальных обстоятельств. Они скорее покормят детей тогда, когда те беспокойны, чем тогда, когда они голодны, и скорее начнут их успокаивать тогда, когда дети устали, а не тогда, когда те действительно чем-то обеспокоены. Дети, которые сталкиваются с таким родительским отношением, могут запутаться и расти, не осознавая своих внутренних потребностей, не зная, когда они голодны, а когда сыты, не способные определять свои собственные эмоции.

<«Вся философия в двух словах: поддерживать и препятствовать». — Эпиктет>

Не способные полагаться на внутренние стандарты, дети обращаются к внешним руководителям — например, к своим родителям. Они стараются быть «детьми по схеме». Но при этом у них не развивается уверенность в себе, они «воспринимают себя людьми, не контролирующими собственное поведение, потребности и импульсы, они не чувствуют себя хозяевами собственных тел» (Brush, 1973, p. 55). При достижении переходного возраста, во время которого большая часть подростков стремится к независимости, эти дети чувствуют себя не способными к самостоятельной жизни (Strauss & Ryan, 1987). Для того чтобы преодолеть чувство

беспомощности, они устанавливают самый строгий контроль над параметрами своей фигуры и привычками в питании. Восемнадцатилетняя Хелен так описывает свои переживания.

Здесь есть странное противоречие: все думают, что ты делаешь все правильно и что ты — «девушка что надо», но вся проблема в том, что ты-то сама так не думаешь. Ты боишься, что не поднимешься до того уровня, которого, как тебе кажется, от тебя ждут. Ты очень боишься стать ординарным человеком, как все, — а значит, не такой уж и хорошей. Диеты и начинаются с таких вот тревог Ты хочешь доказать, что все держишь под контролем, что ты можешь это сделать. Ты начинаешь думать о себе хорошо только тогда, когда скажешь себе: «Я доведу это до конца. Я сделаю то, что никто больше не сделает» (Brush, 1978, p. 128).

Клинические исследования подтверждают правильность теории Браш. Врачи отмечают, что родители подростков с нарушением питания склонны сами определять, что нужно их детям, вместо того чтобы предоставить это право самим детям (Hart & Kenny, 1995; Steiner et al., 1991). Когда Браш опрашивала матерей, дети которых страдали анорексией (51 человек), многие гордо заявляли, что они всегда «предвидят», что хотят их дети, и никогда не позволяют, чтобы «ребенок чувствовал себя голодным» (Brush, 1973).

Результаты исследований также подтверждают, что люди с нарушенной системой питания неточно воспринимают внутренние сигналы (Fukunishi, 1998; Hulmi et al., 1989). Будучи обеспокоены или расстроены, люди с анорексией или булимией зачастую ошибочно думают, что они голодны, и реагируют так, как обычно реагируют на голод — начинают есть (Rebert, Stanton, & Schwartz, 1991).

Ну и, наконец, исследования поддержали идею, высказанную Браш: люди с нарушенной системой питания чрезмерно полагаются на чужие мнения, желания и взгляды. Они чаще, чем другие, беспокоятся о том, какими их видят окружающие, склонны приспосабливаться и думать, что плохо контролируют свою жизнь (Vitousek & Manke, 1994).

Расстройства настроения.

Многие люди с нарушенной системой питания, особенно с булимией, испытывают депрессию. Они впадают в уныние, пессимизм, начинают стыдиться себя, делают логические ошибки (Hsu, Crisp, & Callender, 1992).

Тому, что анорексия и булимия связаны с депрессией, имеются доказательства. Во-первых, людям с нарушенной системой питания чаще, чем другим, ставится диагноз депрессия (Brewerton et al., 1995; Pope & Hudson, 1984). Во-вторых, близкие родственники таких людей чаще других имеют плохое настроение (APA, 1994; Johnson & Maddi, 1986). В-третьих, люди с нарушенной системой питания, особенно с булимией, так же как и люди, испытывающие депрессию, часто имеют низкую активность нейротрансмиттера серотонина (Goldbloom et al., 1990; Wilcox, 1990). И наконец, люди с нарушенной системой питания часто помогают себе, принимая антидепрессанты (Advocat & Kutlesic, 1995; Mitchell & de Zwaan, 1993).

Однако возможны и другие объяснения. Например, давление и боль, возникающие при расстройстве системы питания, могут служить причиной плохого настроения (Silverstone, 1990). Но какая бы ни была правильная интерпретация, многие страдающие анорексией и булимией впадают в депрессию.

<Вопросы для размышления. То ли булимия служит причиной депрессии, то ли депрессия служит причиной булимии. А возможно, эти расстройства вызваны какой-то третьей общей причиной. Могут ли социокультурные, семейные и биологические факторы одновременно привести и к нарушенной системе питания, и к депрессии?>

Биологические факторы.

Биологи, объясняя, почему у человека расстраивается система питания, обычно указывают на **гипоталамус**, часть мозга, помогающую контролировать многие физиологические функции (Leibowitz & Hoebel, 1998; Grossman, 1990, 1986).

Исследователи локализовали две области гипоталамуса, которые помогают контролировать процесс питания (Grossman, 1990; Bray et al., 1980). Первая, **латеральный гипоталамус**, будучи активизированной, вызывает голод. С помощью стимуляции латерального гипоталамуса можно добиться того, что животное начнет есть, даже если его совсем недавно кормили. Другая область, **вентромедиальный гипоталамус**, будучи активизированной, наоборот, подавляет чувство голода. Когда вентромедиальный гипоталамус стимулируется током, животное прекращает есть. Когда люди едят или лишаются пищи, эти центры гипоталамуса, по-видимому, активизируются химическими веществами мозга. Одним из таких веществ является

глюкагоноидный пептид-1 (GLP-1), естественный препарат для подавления аппетита. В одном из экспериментов исследователи ввели GLP-1 в мозг крыс. Химическое вещество достигло гипоталамуса, это стало причиной того, что крысы отказались от пищи, хотя не ели до этого двадцать четыре часа (Turton et al., 1996). И наоборот, когда сытым крысам ввели вещество, блокирующее воздействие GLP-1 на гипоталамус, крысы съели вдвое больше, чем обычно.

Гипоталамус — часть мозга, которая помогает поддерживать различные физические функции, от него, в частности, зависит, испытывает ли человек голод.

Латеральный гипоталамус — область гипоталамуса, будучи активизированной, вызывает голод.

Вентромедиальный гипоталамус — область гипоталамуса, будучи активизированной, подавляет чувство голода.

Можно предположить, что обе области гипоталамуса и химические вещества, такие как GLP-1, работая совместно, помогут установить в организме человека «термостат веса», который будет направлять человека поддерживать вес своего тела на определенном уровне установленного веса (Garner et al., 1985; Keeseey & Corbett, 1983). По всей видимости, установленный вес человека определяется генетической наследственностью и питанием в детском возрасте. Когда вес человека падает ниже установленного, латеральный гипоталамус активизируется и стремится восстановить потерянный вес, вызывая голод и понижая метаболический уровень тела — уровень, на котором организм тратит энергию. Когда вес человека вырастает выше установленного, активизируется уже вентромедиальный гипоталамус и стремится уменьшить вес, подавляя голод и повышая метаболический уровень тела.

Установленный вес — заданное значение веса, который человек предполагает поддерживать; отчасти контролируется гипоталамусом.

В соответствии с этой теорией, когда человек соблюдает строгую диету, его вес становится ниже установленного и мозг старается восстановить потерянный вес. Активность гипоталамуса приводит к предубежденному отношению к пище, желанию объедаться и физическим изменениям; терять вес все труднее и труднее (Hill & Robinson, 1991). Такие изменения также облегчают прибавление веса, независимо от того, что человек ест (Spalter et al., 1993).

Когда мозг начинает действовать, чтобы поднять вес тела до установочного уровня, люди, сидящие на диете, вступают в битву с самим собой. И некоторые побеждают. Они справляются с контролем своего питания почти в совершенстве, двигаясь по спирали по направлению к анорексии. Для других битва может закончиться периодическим обжорством.

<**Лабораторное объедание.** Стимулируя электротоком латеральный гипоталамус грызуна, исследователи могут побудить его к перееданию и большому прибавлению веса.>

Резюме

Современные ученые при объяснении, почему нарушается система питания, обычно рассматривают перспективу риска с различных сторон, определяя несколько ключевых факторов, которые ставят человека перед риском такого нарушения. Основные факторы: социальный акцент на худобе и предубежденное отношение к полным людям; семейная обстановка, при которой члены семьи могут быть опутаны паутиной внутрисемейных связей; Эго и когнитивные расстройства, включая недостаточное чувство независимости; плохое настроение; биологические факторы, такие как активность гипоталамуса и химических веществ (GLP-1) и установленный вес.

Лечение расстройств питания.

В настоящее время, пытаясь восстановить у пациента нарушенную систему питания, врачи ставят перед собой две задачи. В первую очередь они стремятся как можно быстрее откорректировать неправильную систему питания, угрожающую здоровью человека. Затем пытаются установить те психологические и ситуационные факторы, которые привели к появлению таких проблем. Родственники и друзья также способны помочь человеку избавиться от расстройства (Sherman & Thompson, 1990).

Лечение нервной анорексии.

При лечении нервной анорексии первоочередная задача — помочь человеку

восстановить потерянный вес и начать правильно питаться. Затем врачи должны помочь пациенту произвести изменения в своей психике и, возможно, в семье, чтобы закрепить достигнутое.

<Психологические заметки. Термины, употребляемые в связи с анорексией: «великое голодание», «как птичка клюет» (fasting girl), отвратительный аппетит, ситофобия (боязнь приема пищи) и истерическая анорексия.>

Восстановление веса и нормальное питание

Для того чтобы помочь пациентам с анорексией быстро набрать вес и вернуть здоровье в течение недели, используются различные методы. Раньше лечение почти всегда проходило в больнице, но сейчас можно обойтись и без этого (Battle & Brownell, 1996; Treasure, Todd & Szmukler, 1995).

В случаях, когда существует угроза для жизни, врачи могут обеспечить кормление пациента прямо через зонд и внутривенно. Так как такой внутривенный метод часто используется без согласия пациента, это может породить недоверие и вызвать сопротивление (Treasure et al., 1995; Zerbe, 1993). При другом подходе пациенту дают антидепрессанты (Wakeling, 1995). И, наконец, при бихевиоральном подходе врачи позитивно подкрепляют пациентов, когда те правильно питаются и начинают набирать вес, и не подкрепляют, когда те питаются неправильно и не набирают вес (Griffiths et al., 1998; Halmi, 1985). Каждый из этих подходов может помочь быстро набрать вес, но это решение не долгосрочное.

В настоящее время наиболее популярным методом восстановления веса стал уход с поддерживающим питанием в комбинации с высококалорийной диетой (Andersen, 1995; Treasure et al., 1995). При этом подходе квалифицированные медсестры в течение нескольких недель постепенно увеличивают количество пищи, потребляемой больным, в итоге доводя ее до 2500 калорий в день. Медсестры знакомят пациентов с программой, сообщают о достигнутых успехах, подбадривают, дают понять, что вес набирается по заданной программе, что все находится под контролем и что в результате они отнюдь не станут тучными. Было установлено, что пациенты, излечивающиеся от анорексии в таких условиях, как правило, набирают нужный вес в течение 8-12 недель (Treasure et al., 1995; Garfinkel & Garner, 1982).

Сцены из современной жизни

Хорошо ли живет Мисс Вселенной?

<«Девочек с самого раннего детства нужно вдохновлять интересоваться своей внешностью». — Ladies' Home Journal, 1940>

В мае 1996 года Алиса Мачадо, девятнадцатилетняя девушка из Венесуэлы, была коронована как Мисс Вселенная. Затем у нее начались проблемы. После коронации, в течение восьми месяцев ее вес вырос с 118 фунтов до 160. Это вызвало раздражение у официальных организаторов карнавала. Пошли слухи, что девушка не достойна короны. Газеты и телевидения подхватили эти слова. Чего только ни говорили тогда!

Алиса Мачадо объяснила: «Я нормальная девушка, но моя жизнь сильно изменилась. Я много путешествую по разным странам и ем различную пищу». Все же, в ответ на все это давление, она села на строгую диету и стала делать физические упражнения для того, чтобы хотя бы немного похудеть. Тренер Алисы заявил, что вес в 118 фунтов слишком мал для ее роста, и объяснил, что обычно она поддерживала его с помощью таблеток для похудения.

<Вопросы для размышления. Что этот эпизод говорит о роли социальных факторов в развитии нарушения системы питания? Почему многие люди придерживались такого строгого, часто критического мнения о весе мисс Мачадо? Как мог повлиять этот эпизод на женщин?>

Обширные изменения

Практикующие врачи утверждают: для того чтобы достигнуть продолжительного улучшения, страдающие анорексией должны преодолеть свои насущные проблемы. Врачи обычно предлагают терапию и одновременно обучают своих пациентов тому, как добиться большего. При этом они часто прибегают к комбинации индивидуальной, групповой и семейной терапии (Andersen, 1995; Robin, Siegal, & Moye, 1995). Во многих случаях это приводит к продолжительным положительным изменениям.

<Ложная реклама. Многие практикующие врачи утверждают, что для того чтобы девушки перестали истощать себя диетой, должно измениться общество. Например, реклама одежды должна использовать модели более нормальных размеров, приемлемых для большинства женщин.>

На этой фазе излечения врачи стараются помочь пациентам с анорексией осознать потребность в независимости и учат их, как устанавливать самоконтроль более

приемлемыми способами (Dare & Crowther, 1995; Robin et al., 1995). Врачи также помогают пациентам понять, каковы их внутренние импульсы, и учат доверять им (Furumoto & Keating, 1995; Brush, 1973). В диалоге, приведенном ниже, врач старается помочь пятнадцатилетней пациентке понять свои чувства.

Пациентка: Я никогда и никому не рассказываю, что чувствую.

Врач: Вы думаете, я отреагирую так же, как остальные?

Пациентка: Что это значит?

Врач: Мне кажется, вы думаете, что я не уделю внимания тому, что у вас внутри, или что я скажу вам, что у вас зря появляются подобные мысли, что глупо казаться себе толстой, сомневаться в самой себе — ведь на самом деле вы отлично учитесь в школе, вас ценят учителя и вы очень симпатичная девушка.

Пациентка (выглядит несколько напряженной и взволнованной): Ну, мне всегда говорили, что нужно быть вежливой с другими, подобно глупой безликой кукле.

(Принимает безучастную позу, как у куклы.)

Врач: Вы думаете, что ваши внутренние чувства таковы, что о них не стоит рассказывать другим?

Пациентка: Не знаю.

Врач: Я знаю, что вам нелегко рассказать все другому человеку... Но обещаю вам, что бы вы ни рассказали, я не отвернусь от вас (Strober & Yager, 1985, p. 368-369).

Лечащие врачи добьются более обширных изменений, если помогут людям с анорексией изменить их ошибочные концепции и установки о питании и весе (табл. 9.2). Используя когнитивный подход, они могут помочь пациентам избавиться от таких мыслей, как: «Я должен всегда быть совершенным» или «Мой вес и фигура определяют мою ценность» (Freeman, 1995; Garnir & Bemis, 1985, 1982). Врачи могут также убедить пациентов, что те имеют искаженные представления о своей фигуре, что обычно такие ошибочные оценки выносят себе люди, страдающие анорексией (Mitchell & Peterson, 1997; Garner & Bemis, 1982). Такое обучение часто мостит путь для более точного восприятия своего тела.

<Психологические заметки. Знаменитый поэт Байрон (1788-1824), автор «Дон Жуана», писал: «Женщина никогда не должна показываться на глаза, когда она ест, если только это не будет салат из омаров и шампанское». Знакомые Байрона отмечали, что поэт сам «очень боялся растолстеть». Он регулярно отказывался от пищи, веря, что потеряет вдохновение, если будет есть нормально (Brumberg, 1988).>

Нередко используется семейная терапия (Dare & Eisler, 1995; Vanderlinden & Vandereycken, 1991). Как и в других сложных семейных ситуациях, семейный врач встречается одновременно со всеми членами семьи, указывает на слабые места в семье и помогает произвести соответствующие изменения. В частности, семейный врач может постараться помочь человеку с анорексией отделить свои чувства и потребности от чувств и потребностей других членов семьи. Исследования предлагают серьезные доказательства того, что семейная терапия (или, по крайней мере, изменение тактики поведения родителей) может быть полезной в избавлении от анорексии (Dare & Eisler, 1995; Russell et al., 1992).

Мать: Я знаю, через что происходит с Сьюзен. Ее одолевают сомнения, она чувствует, что становится взрослой и теряет защиту, она в поисках собственной идентичности. (Поворачивается к Сьюзен со слезами на глазах.) Как только ты начнешь доверять себе, все станет лучше. А мы тебя поддержим.

Семейный врач: Вы считаете, что помогаете Сьюзен? Что ей следует обращаться именно к вам за советами и эмоциональной поддержкой?

Мать: Ну, на то мы и родители.

Семейный врач: (поворачиваясь к пациентке.) А вы что думаете?

Сьюзен: (матери): Я не могу быть зависимой от тебя или кого-нибудь еще, мама. Я раньше поступала именно так, и в результате — у меня анорексия...

Семейный врач: Вы думаете, что ваша мать хочет, чтобы не было секретов между ней и детьми — двери без запоров, так сказать?

Старшая сестра: Иногда да.

Семейный врач: (пациентке и младшей сестре) А что вы думаете по этому поводу?

Сьюзен: Иногда я думаю, что какие бы мысли мне в голову ни приходили, моя мать должна чувствовать то же самое.

Младшая сестра: И я тоже так думаю. (Strober & Yager, 1985, pp. 381-382.)

Таблица 9.2. Примерные вопросы анкеты, которую заполняют люди с нарушенной системой питания

Для каждого пункта решите, какое утверждение для вас более правдиво: всегда (в),
--

обычно (о), часто (ч), иногда (и), редко (р) или никогда (н). Обведите кружком букву, соответствующую вашей оценке.						
в	о	ч	и	р	н	Я думаю, у меня слишком большой живот.
в	о	ч	и	р	н	Я ем, когда я не в духе.
в	о	ч	и	р	н	Я объедаюсь.
в	о	ч	и	р	н	Я подумываю о диете.
в	о	ч	и	р	н	Я думаю, у меня слишком толстые ноги.
в	о	ч	и	р	н	Я чувствую себя неэффективной личностью.
в	о	ч	и	р	н	Я чувствую себя очень виноватым после того, как переедаю.
в	о	ч	и	р	н	Мне внушает ужас прибавление в весе.
в	о	ч	и	р	н	Я путаюсь в эмоциях, которые переживаю.
в	о	ч	и	р	н	Я поступаю неадекватно.
в	о	ч	и	р	н	Я продолжаю объедаться, чувствуя, что не могу остановиться.
в	о	ч	и	р	н	Как ребенок, я очень стараюсь не разочаровать своих родителей и учителей.
в	о	ч	и	р	н	Мне трудно рассказывать о своих чувствах другим.
в	о	ч	и	р	н	Я порой не могу понять, голоден я или сыт.
в	о	ч	и	р	н	Я о самом себе невысокого мнения.
в	о	ч	и	р	н	Я думаю, что у меня слишком широкие бедра.
в	о	ч	и	р	н	Если я прибавляю фунт, я начинаю тревожиться, что поправляюсь.
в	о	ч	и	р	н	Я думаю, что вызову у себя рвоту для того, чтобы потерять вес.
в	о	ч	и	р	н	Я думаю, что мои ягодицы слишком массивны.
в	о	ч	и	р	н	Я ем или пью тайком от окружающих.
в	о	ч	и	р	н	Я хотел бы полностью контролировать все мои физические побуждения.

(Garner, Oimsted & Polivy, 1991, 1984.)

Последствия нервной анорексии

Появляются все новые и новые методы излечения нервной анорексии, и это вселяет радужные надежды. Однако дорога к излечению для многих еще очень трудна. Курс лечения и последствия анорексии различны (Miller, 1996), но определенная тенденция в исследованиях прослеживается.

Положительный результат тот, что вес часто быстро восстанавливается, как только лечение начинается, однако процесс полного психологического и физического излечения может занимать несколько лет (Treasure et al., 1995). Хотя примерно 75% пациентов, проверяясь несколько лет спустя после начала излечения, продолжают демонстрировать улучшения, только 45% излечиваются полностью и 30% имеют существенные улучшения. Большинство людей после излечения начинают эффективно работать и выражают удовлетворение своей работой (Fombonne, 1995; Theander, 1970). Впоследствии те, кто излечивается, женятся или имеют близкие отношения не реже, чем другие люди (Hsu, Scrisp, & Harding, 1979; Theander, 1970). У большинства женщин с анорексией, когда они набирают нужный вес, восстанавливаются менструальные циклы (Fombonne, 1995; Crisp, 1981). При наборе веса исчезают и многие другие проблемы со здоровьем (Iketani et al., 1995).

Вдохновляет и то, что число смертей при анорексии, по всей видимости, уменьшается (Treasure & Szmulker, 1995). Возможно, тут сыграли роль раннее диагностирование, меры предупреждения и быстрое восстановление веса. Причины смертей, как правило: голодание, суициды, инфекции, желудочно-кишечные проблемы или электролитная несбалансированность (Nielsen et al., 1998; Treasure & Szmulker, 1995). **<Ранние уроки.** Практикующие врачи утверждают, что конкурсы красоты для детей резко подчеркивают социальный акцент на внешность и удобу. Такие конкурсы учат малолетних участников, что их внешность — это ключ к тому, чтобы нравиться другим, и что всю их последующую жизнь о них будут судить согласно требованиям эстетических стандартов.>

Отрицательная сторона полученных результатов: свыше 25% больных анорексией на протяжении многих лет имеют серьезные трудности (APA, 1994; Halmi et al., 1991). Случается, что вылеченных пациентов вновь одолевают те же проблемы, что и раньше (Murray, 1986). 15% пациентов опять начинают отказываться от пищи под

воздействием новых стрессогенных ситуаций, таких как женитьба, беременность или переезд с одного места жительства на другое (Sohlberg & Norring, 1992; Hsu et al., 1979). Даже спустя многие годы некоторые люди, казалось бы, избавившиеся от анорексии, продолжают беспокоиться о своем весе и внешнем виде. Они по-прежнему изнуряют себя диетой, переживают тревоги, когда едят вместе с другими людьми, имеют искаженные идеалы относительно питания и веса (Fichter & Pirke et al., 1992). Около половины страдающих от анорексии даже после излечения годами не могут избавиться от эмоциональных проблем — депрессий, социальных тревог, мучительных страхов. Такие проблемы особенно распространены у тех, кто не смог набрать нормальный вес (Halmi, 1995; Hsu et al., 1992). Семейные проблемы сохраняются примерно у половины пациентов с анорексией (Hsu, 1980).

Чем больше веса люди с анорексией теряют и чем дольше они имеют проблемы, тем ниже у них вероятность излечиться (Steinhausen, 1997; Slade, 1995). Люди с психологическими, поведенческими и сексуальными проблемами, по статистике, реже выздоравливают, чем люди без такого набора проблем (Lewis & Chatoor, 1994; Burns & Crisp, 1985). Подростки, по всей видимости, выздоравливают чаще, чем люди более старшего возраста (Steinhausen, 1997; APA, 1994). Женщины успешнее излечиваются, чем мужчины.

Лечение нервной булимии.

Программа лечения от булимии разработана не так давно, но она быстро становится популярной. В первую очередь врачи помогают людям, страдающим булимией, избавиться от порочной схемы «обжорство — очищение желудка» и установить правильный режим питания. Затем ставится цель — работать над разрешением проблем, лежащих в основе формирования неправильной схемы питания. При этом применяются не только терапевтические методы, но и ведется разъяснительная работа (Davis et al., 1997; Button, 1993). Многие программы комбинируют несколько стратегий излечения, включая индивидуальную инсайт-терапию, групповую терапию, бихевиоральную терапию и применение антидепрессантов (Mitchell & Peterson, 1997; Wakeling, 1995).

Индивидуальная инсайт-терапия

Психодинамический и когнитивный подходы — наиболее распространенные формы индивидуальной инсайт-терапии для людей с булимией (Bloom et al., 1994; Fichter, 1990). Психодинамическая терапия использует свободные ассоциации и ненавязчивые интерпретации для того, чтобы помочь пациентам обнаружить и преодолеть разочарование, недоверие к себе, потребность в контроле и чувство собственного бессилия (Dare & Crowther, 1995; Lerner, 1986). Исследования, проведенные для проверки эффективности психодинамической терапии, — правда, пока еще весьма малочисленные — получили обнадеживающие результаты (Garner et al., 1993; Yager, 1985).

<«Наш злейший враг — тот, с которым мы в первую очередь должны бороться, — внутри нас». — Сервантес, «Дон Кихот»>

Когнитивные терапевты стараются помочь людям с булимией распознать и изменить их плохо приспособленные к жизни установки относительно питания, веса и фигуры (Freeman, 1995). Как и при лечении анорексии, врачи, как правило, учат клиентов определять, какие мысли обычно подталкивают их к обжорству: «Я не контролирую себя», «Я выгляжу толстым» и т. д. (Mitchell & Petersson, 1997; Fairburn, 1985). Врачи также помогают страдающим булимией избавиться от чувства беспомощности, повысить свою самооценку и перестать стремиться во что бы то ни стало быть во всем совершенными (Freeman, 1995; Mizes, 1995).

Исследование показало, что когнитивная терапия достаточно эффективна: у 65% страдающих булимией был остановлен процесс обжорства и последующей очистки желудка (Compas et al., 1998; Walsh et al., 1997). Полезны также подходы, в которых комбинируются когнитивные и психодинамические методы (Brisman, 1992; Yager, 1985). В последние годы успешно применяются два других индивидуальных подхода: межличностная психотерапия — этот метод лечения весьма эффективно используется в случаях депрессии (Fairburn et al., 1995, 1993), и обучение заботе о себе, при котором пациентов активно обучают стратегиям борьбы с возникающими у них проблемами (Treasure et al., 1996; Schmidt et al., 1993).

Групповая терапия

В настоящее время большинство программ по лечению булимии включают групповую терапию: людям дают возможность поделиться с другими своими мыслями, тревогами и переживаниями (McKisack & Waller, 1997; Lewis & Chatoor, 1994). Больные

начинают понимать, что их расстройство не уникально и не отвратительно. Они находят взаимную поддержку и понимание — причем тут работает и обратная связь и интуиция (Manley & Needham, 1995). В группе они могут избавиться от своих страхов быть неприятными для окружающих и ими раскритикованными. Исследователи полагают, что групповая терапия оказывается полезной, по меньшей мере, в 75% случаев булимии. Но она приносит еще больший успех в комбинации с индивидуальной инсайт-терапией (McKisack & Waller, 1997; Wilfley et al., 1993).

Сцены из современной жизни

Большие проблемы большого гамбургера

Если эстетический идеал — хрупкая фигура, если люди хотят урезать свое питание и если случаи серьезных нарушений режима питания увеличиваются, то почему кафе и рестораны для «быстрой еды» становятся все популярнее, выгоднее, постоянно растет их число? Фактически, блюдо Macho Meal в ресторане «Del Tago Mexican» прибавляет к весу почти 4 фунта — это больше, чем весит телефонный справочник Манхэттена (Horovitz, 1996). Напиток Double Gulp в магазине популярной в США торговой сети «7-Eleven» по калорийности равен почти шести банкам колы. Четыре куса пиццы Hut's Triple Decker содержат такое количество калорий, соли и жиров, которые при правильном питании рассчитаны на целый день. Между тем, гамбургер McLean Deluxe с низким содержанием жира борется с Taco Bell's Border за место на рынке. В 1996 году потребители США в сумме потратили на подобные «big»-гамбургеры более 2,5 миллионов долларов.

<Вопросы для размышления. Каким образом высококалорийные продукты для «быстрой еды» связаны с наблюдаемым ростом серьезных расстройств режима питания? Создают ли эти соблазнительные продукты климат для обжорства и последующей очистки желудка? Или к такой продукции на самом деле людей подталкивает чрезмерная забота о диете и питании?>

Поведенческая терапия

Бихевиористские методы часто используются в случаях булимии вместе с индивидуальной инсайт-терапией или групповой терапией. Больных могут, например, попросить вести ежедневный дневник наблюдений своего поведения, касающегося вопросов питания, фиксировать моменты ощущения голода и сытости и пр. (Mitchell & Peterson, 1997; Goleman, 1995). Этот подход помогает страдающим булимией посмотреть на свой режим питания более объективно и распознать, какие эмоции служат у них «переключателями» расстройства.

Специалисты по поведенческой терапии также используют метод демонстрации и предупреждения ответной реакции для того, чтобы помочь разорвать порочный цикл «обжорство — очистка желудка». Этот метод заключается в следующем: людям демонстрируют ситуации, которые обычно вызывают тревогу, и затем удерживают их от привычного исполнения принудительных действий, убеждая, что ситуации действительно безопасные и в принудительных действиях нет необходимости (см. главу 5). Людям, страдающим от булимии, предлагают съесть определенное количество пищи, а затем предупреждают вызов рвоты, помогая им понять, что пища может быть безвредной и даже нужной, что от нее не нужно избавляться (Rosen & Leitenberg, 1985, 1982). Исследования обнаружили, что такой метод часто избавляет от тревог, связанных с приемом пищи, сокращает случаи обжорства и рвоты (Kennedy, Katz, & Neitzert, 1995; Wilson et al., 1986).

Антидепрессанты

В последние десятилетия страдающим от булимии начали прописывать антидепрессанты, например, такие, как прозак (Walsh et al., 1997). Исследования установили, что антидепрессанты помогают примерно 25-40% пациентам остановить переедание и очищение желудка. Такие препараты снижают переедание в среднем на 67% и вызов рвоты — на 56%. Они особенно эффективны в комбинации с другими видами терапии (Walsh et al., 1997; Agras, 1995).

Последствия нервной булимии

Оставаясь неизлеченной, булимия продолжается годами, то затихая, то усиливаясь (APA, 1994). Как и при анорексии, рецидивы обычно инициируются новыми жизненными стрессами, такими как приближающийся экзамен, смена работы, болезнь, женитьба или развод (Abraham & Llewellyn-Jones, 1984).

Примерно 40% пациентов с булимией демонстрируют прекрасные результаты после лечения: они практически вообще прекращают переедать и вызывать рвоту и начинают прибавлять в весе. Еще 40% демонстрируют умеренные результаты: ограничивают число случаев переедания и очистки желудка. Оставшиеся 20%

демонстрируют малозаметные улучшения в режиме питания (Keel & Mitchell, 1997; Button, 1993).

<**Новый взгляд на Барби.** Отчасти в ответ на тревогу врачей производители куклы Барби изменили ее пропорции. Новой кукле ростом 5,2 фута и весом 125 фунтов для того, чтобы приблизиться к той, с которой выросли многие женщины, нужно вырасти до 7,2 футов, прибавить 5 дюймов в окружности груди, 3,2 дюйма в длине шеи и потерять 6 дюймов в талии (Brownell & Napolitano, 1995).>

Рецидивы могут быть проблемой даже среди людей, которые успешно отреагировали на лечение (Keel & Mitchell, 1997; Lewis & Chatoor, 1994). В одном исследовании было установлено, что примерно у одной трети выздоровевших клиентов в течение двух лет вновь развилась булимия — чаще это происходит в первые шесть месяцев после лечения (Olmsted, & Kaplan, & Rockert, 1994). Рецидивы более вероятны среди людей, которые часто вызывают у себя рвоту, и тех, кто продолжает чувствовать недоверие к другим людям.

<**Вопросы для размышления.** Рецидив — проблема для людей, избавившихся от булимии. Почему некоторые из них остаются уязвимыми даже после выздоровления? Как врачи и пациенты могут уменьшить вероятность рецидива?>

При проведении исследований также было установлено, что лечение нередко помогает людям надолго избавиться от многих психологических и социальных проблем (Yager, Rorty & Rossotto, 1995). После курса лечения люди реже впадают в депрессию (Halmi, 1995). Примерно у трети бывших пациентов наладились взаимоотношения и дома, и на работе, и в общественной жизни, и примерно еще у одной трети наладились взаимоотношения в двух из этих трех областей (Hsu & Holder, 1986).

Резюме

Первоочередная задача лечащих врачей — помочь людям, страдающим нервной анорексией или булимией, восстановить нормальный режим питания и здоровье; затем они принимаются за решение широкого ряда проблем, которые привели к данному расстройству.

Лечение нервной анорексии. Первый шаг при лечении нервной анорексии — увеличить число потребляемых калорий и быстро восстановить вес больного. Второй шаг — разобраться с лежащими в основе психологическими и, возможно, семейными проблемами, прибегая не только к терапии, но и к разъяснительной работе. Около 75% людей, страдающих анорексией, успешно выздоравливают. Однако несколько позже возможны рецидивы, многие продолжают беспокоиться о своем весе и внешнем виде, у половины пациентов многие эмоциональные или семейные проблемы остаются нерешенными. И все же большинство излечившихся впоследствии обнаруживают, что они с радостью идут на работу и эффективно работают. Они женятся и завязывают близкие взаимоотношения не реже, чем другие люди.

Лечение нервной булимии. При лечении нервной булимии врачи в первую очередь сосредотачиваются на приостановке работы схемы «обжорство-очистка желудка», а затем на причинах, лежащих в основе расстройства. Часто применяются комбинированные стратегии лечения, в том числе индивидуальная инсайт-терапия, групповая терапия, поведенческая терапия и антидепрессанты. Примерно 40% людей после курса терапии демонстрируют отличные результаты, другие 40% — умеренные. Проблемой могут стать рецидивы, инициируемые новыми стрессовыми ситуациями. Одновременное лечение приводит к решению многих психологических и социальных проблем.

Подводя итоги.

Как мы видим, при попытках объяснить различные виды ненормального поведения и способы избавления от них, очень полезно рассматривать социокультурные, психологические и биологические факторы совместно. Убедительнее всего аргументы полезности комбинирования различных подходов звучат при разговоре о серьезных расстройствах режима питания.

Согласно теории многоаспектного рассмотрения перспектив риска, пользующейся благосклонностью многих психологов и терапевтов, на человека одновременно воздействуют несколько различных факторов, потворствующих развитию расстройства режима питания (Lyon et al., 1997; Gleaves, Williamson & Barker, 1993). В одних случаях такими факторами могут быть социальное давление, проблемы

независимости, переходный возраст и повышенная активность гипоталамуса; в других — давление родителей, депрессия и диета. При лечении таких расстройств полезно использовать комбинации социокультурных, психологических и биологических подходов. Когда к расстройству приводят не один, а несколько факторов, методы лечения должны быть гибкими, конкретно разработанными для каждого уникального набора проблем пациента.

То, что при решении возникших проблем необходимо многостороннее рассмотрение перспектив риска, говорит о том, что необходимо прибегать к помощи специалистов различного профиля. Общего решения здесь быть не может, каждый конкретный случай заболевания нужно рассматривать индивидуально, стараясь проникнуть в суть проблемы.

Несмотря на впечатляющие достижения в исследовании расстройств режима питания, многие вопросы остаются без ответа. Фактически, каждое новое открытие заставляет лечащих врачей пересматривать свои теории и программы лечения. Например, до 1980 года булимия официально не считалась клиническим расстройством. Позднее лечащие врачи узнали, что у людей с такой проблемой иногда появляются странные теплые чувства к пережитым симптомам. Один из вылеченных пациентов говорил так: «Я до сих пор скучаю по булимии как по старому другу, который умер» (Cauwels, 1983, p. 173). Только тогда, когда станут понятными подобные чувства, программы лечения будут высокоэффективными. Было бы хорошо, если бы и практики, и теоретики совместными усилиями исследовали все то, что уже отмечено в данной области.

В то время как практикующие врачи и исследователи стремятся найти как можно больше ответов на вопросы об анорексии и булимии, пациенты сами начинают играть активную роль. Налажена горячая телефонная линия, где можно получить интересующую информацию и необходимую поддержку, ведется активная переписка, проводятся семинары и конференции. Созданы Национальное общество оказания помощи людям, страдающим анорексией; Американские ассоциации анорексии и булимии; Национальная ассоциация анорексии и связанных с нею расстройств режима питания; Корпорация анорексии и связанных с нею расстройств режима питания. Такие организации помогают бороться с одиночеством и испугом, которые охватывают людей, страдающих подобными расстройствами, говоря им: вы не бессильны, вы не одиноки.

Ключевые термины

Нервная анорексия

Нервная анорексия: введение ограничений

Нервная анорексия: обжорство — очищение желудка»

Аменорея

Нервная булимия

Синдром обжорство — очищение желудка

Обжорство

Компенсирующие действия

Нарушение режима питания: обжорство

Многосторонняя перспектива риска

Семья с тесными связями

Эффективные родители

Неэффективные родители

Гипоталамус

Латеральный гипоталамус

Вентромедиальный гипоталамус

Глюкагоноидный пептид-1 (GLP-1)

Установленный вес

Метаболический уровень

Кормление через трубку и внутривенно

Демонстрация и предупреждение ответных реакций

Контрольные вопросы

1. Каковы симптомы и каковы основные признаки нервной анорексии?
2. Каковы симптомы и каковы основные признаки нервной булимии?
3. Чем люди, страдающие нервной анорексией, похожи на людей, страдающих нервной булимией?
4. Как доказать, что социокультурное давление может создавать платформу для развития серьезных нарушений в режиме питания?

5. Каким образом, по мнению Хильды Браш, неудачное родительское отслеживание внутренних потребностей и эмоций ребенка вносит свой вклад в развитие нарушений в режиме питания?
6. Каким образом гипоталамус человека и установленный вес вносят свой вклад в развитие нарушений в режиме питания?
7. Лечащие врачи для поиска причин возникновения нарушений в режиме питания обычно прибегают к многостороннему рассмотрению перспективы риска. Что это означает?
8. Каковы краткосрочные и долгосрочные цели у врачей, лечащих людей, страдающих нервной анорексией? Какие подходы они используют?
9. Как часто люди вылечиваются от нервной анорексии? Какие факторы воздействуют на человека в процессе лечения? Какие проблемы сохраняются после лечения?
10. Какие основные подходы используются при лечении нервной булимии? Насколько они успешны? Какие факторы влияют на выздоровление человека? Какова вероятность рецидива?

Глава 10. Расстройства, вызванные использованием психоактивных веществ.

«Меня зовут Дункан. Я — алкоголик». Аудитория крепче вжимается в кресла, слыша эти обычные слова. Еще одна история о смерти и перерождении человека из Общества Анонимных Алкоголиков могла бы начинаться так...

«...Я должен был как раз отметить свое пятидесятилетие, когда впервые сделал то, о чем все так часто говорили, то есть напился. И, как для многих, для меня это было подобно какому-то чуду. Я выпивал немного пива и мой мир преображался. Я больше не был слабаком и мог отделать почти любого. А девушки? Ну, вы можете представить себе, как выпитая пара бутылок пива давала мне ощущение того, что я могу получить любую девушку, какую пожелаю...

Хотя для меня сейчас очевидно, что мое пьянство даже тогда, в средней школе, а затем в колледже являлось самой настоящей проблемой, я в то время не задумывался об этом. В конце концов, все выпивали, могли напиться и вести себя по-дурацки, и я действительно не мог понять, чем от них отличаюсь... Я полагаю, тот факт, что у меня не было никаких провалов памяти и что я мог в течение нескольких дней обходиться без выпивки, убеждал меня, будто ситуация не вышла из-под контроля. И так продолжалось до тех пор, пока я не обнаружил, что пью все больше и чаще и все сильнее страдаю из-за собственного пьянства, это случилось примерно на третьем курсе моего обучения в колледже.

...Мой сосед по комнате, с которым мы дружили еще со средней школы, начал досаждать мне по поводу моего пьянства. Причем даже не из-за того, что я вынужден был отсыпаться весь следующий день после попойки и пропускать занятия, скорее ему неприятно было выслушивать, что говорят обо мне другие товарищи, о тех глупых положениях, в которых я оказывался из-за своего пьянства, когда бывал на вечеринках. Он видел, как плохо мне было на следующее утро после попойки, и видел, как я вел себя, когда сильно напивался, но почти все, что он вдалбливал мне, вылетало из моей головы. Он мог видеть количество пустых бутылок, которые я разбрасывал по комнате, и понимал, что мои выпивки и попойки вели меня к деградации... Отчасти потому, что мне действительно был небезразличен мой сосед и я не хотел терять его дружбу, я сократил выпивки наполовину или даже больше. Я пил только на уик-энды, а затем только по вечерам... и это помогло мне продержаться оставшееся время в колледже, а затем справиться с учебой на юридическом факультете...

Вскоре после получения степени юриста я женился на моей первой жене и... впервые с тех пор как я начал пить, мое пьянство совсем перестало для меня быть проблемой. Я мог неделями не брать в рот ни капли...

Мой брак начал разрушаться после рождения второго сына, нашего третьего ребенка. Я был слишком ориентирован на то, чтобы сделать профессиональную карьеру, поэтому у меня оставалось мало времени для моей семьи... Я стал много разъезжать по стране, эти поездки хорошо вознаграждались и, признаюсь честно, в моем распоряжении находилось несколько приятных волнующих женщин. А дома — надоедливая, вечно ворчащая жена и дети, которыми я совсем не интересовался. Я снова начал сильно пить, в том числе и из-за того, что проводил много времени в разъездах и вынужден был часто принимать приглашения на разного рода обеды, на которых обязан присутствовать, а также пытаюсь смягчить домашние ссоры. Я думаю, что за неделю накачивался почти целым галлоном очень хорошего шотландского виски и чем-то еще из спиртного.

...По мере того как это продолжалось, мое пьянство стало разрушать и мой брак, и мою карьеру. Приняв достаточное количество спиртного и под гнетом вины относительно своей несостоятельности выполнять обязательства перед женой и детьми, я иногда устраивал им хулиганские сцены. Бывало, я ломал домашнюю обстановку, расшвыривал вещи, затем бросался вон из дома, садился в машину и уезжал. Я пару раз попадал в аварии и лишился водительских прав. Но хуже всего было, когда я пытался прекратить пить. К тому времени я целиком и полностью стал рабом своего пьянства, ибо каждый раз, когда я хотел бросить пить, я испытывал похмельный синдром со всеми его ужасами... Меня рвало, бил озноб, я был не в состоянии ни сидеть, ни лежать. Для меня это могло продолжаться сутками... Затем, около четырех лет назад, когда моя жизнь была разрушена, жена ушла от меня вместе с детьми, я остался без работы и катился вниз по наклонной плоскости, в этот момент Анонимные Алкоголики и я нашли друг друга... Теперь я не пью уже больше двух лет и, благодаря судьбе и поддержке, могу вести трезвый образ жизни» (Spitzer et al., 1983, p. 87-89).

Люди за историю своего существования разработали целый перечень тех продуктов питания и напитков, которые являются для них приемлемыми. Каждое вещество на земле, вероятно, кем-то когда-то было испробовано. Мы также открыли вещества, которые оказывают воздействие на мозг и на весь организм человека как с медицинской точки зрения, так и с точки зрения получения человеком удовольствия. Мы можем принять аспирин, чтобы унять головную боль, антибиотики для борьбы с инфекцией или транквилизаторы, чтобы успокоиться. Мы можем утром выпить кофе для поднятия тонуса или выпить вина, чтобы расслабиться в компании друзей. Мы можем выкурить сигарету, чтобы успокоить свои нервы. Однако многие из веществ, которые мы используем, способны нанести вред или оказать отрицательное воздействие на наше поведение или настроение. Злоупотребление такими веществами становится одной из самых больших проблем в обществе. Была проведена оценка стоимости последствий от злоупотребления лекарственными препаратами, и только в США она составляет 238 миллиардов долларов в год (Nash, 1997; Kleber, 1995).

<«Дьявол сидит в каждой виноградине». — Коран>

<«Вино — один из самых целебных и полезных напитков». — Луи Пастер>

Лекарственное средство, препарат — любое вещество, не являющееся пищевым продуктом, которое оказывает воздействие на человеческий организм или на психику.

Инттоксикация — временное состояние, вызванное приемом психоактивного средства, при котором отмечаются такие симптомы, как нарушение мышления, изменения эмоционального состояния, раздражительность, невнятная речь и потеря координации.

Галлюциноз — форма интоксикации, вызываемая галлюциногенами, характеризуется искаженными восприятиями и галлюцинациями.

Злоупотребление психоактивными веществами — форма поведения, когда человек часто и чрезмерно употребляет психоактивное средство, тем самым разрушая свою жизнь.

Зависимость от психоактивного вещества — форма поведения, когда человек чрезмерно употребляет психоактивное вещество, так что вся его жизнь концентрируется только на этом. Впоследствии возможно как вырабатывание толерантности по отношению к данному веществу, так и появление симптомов абстиненции при прекращении приема. Аддиктивное поведение — еще один медицинский термин, обозначающий такую зависимость (аддикт — человек, злоупотребляющий психоактивными веществами).

Толерантность — при систематическом употреблении психоактивного средства возникает психологическая и физиологическая потребность в увеличении дозы

препарата для достижения желаемого эффекта.

Абстиненция — состояние, характеризующееся неприятными, иногда опасными реакциями со стороны организма, возникающее в случае регулярного приема психоактивного средства, прекращения его приема или уменьшения дозировки.

Лекарственное средство (drug) (слово «drug» в английском языке имеет несколько значений: лекарство, медикамент, препарат, наркотик, психоактивное вещество (средство) и переводится в зависимости от контекста. — Прим. перев.) определяется как любое вещество, не являющееся пищевым продуктом, которое оказывает воздействие на человеческий организм или на психику.

Это не обязательно должен быть какой-нибудь медикамент или же средство, запрещенное для использования. Термин психоактивное вещество в настоящее время часто используется вместо понятия «лекарственное средство» отчасти потому, что многие люди не считают, что такие вещества, как алкоголь, табак и кофеин, также относятся к лекарственным средствам. После приема какого-либо психоактивного вещества, будь то алкоголь, кокаин, марихуана или лекарственный препарат, триллионы его молекул оказываются в кровяном русле и движутся по направлению к головному мозгу (Nash, 1997). Там эти молекулы вызывают ряд биохимических изменений, которые влияют на нормальное функционирование головного мозга и организма в целом. Поэтому неудивительно, что злоупотребление психоактивными веществами может привести к возникновению разного рода патологических состояний.

Психоактивные вещества могут вызывать временные изменения в поведении, эмоциональном состоянии или мышлении человека. Например, Дункан обнаружил, что чрезмерное употребление алкоголя может привести к интоксикации (буквально «отравление»), временному состоянию, при котором отмечаются нарушения мышления, подверженность смене настроений, раздражительность, невнятная речь и плохая координация. Психоактивные препараты, такие как ЛСД, могут вызывать особую форму интоксикации, иногда называемую галлюцинозом, для которого характерны искаженные восприятия и галлюцинации.

Использование психоактивных веществ может создать проблемы долговременного характера. У людей, регулярно употребляющих эти вещества, возможно проявление неадекватных форм поведения и возникновение изменений в физиологических реакциях. У них могут развиваться поведенческие изменения, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, когда они принимают эти препараты систематически и сверх меры, тем самым причиняя вред своим семьям и разрушая социальные отношения, при этом также страдает их работа и подвергается угрозе физическое здоровье (см. перечень DSM-IV в Приложении). В дальнейшем у таких людей может развиваться зависимость от психоактивного вещества — форма поведения, характеризующаяся более серьезными и глубокими нарушениями, которая также носит название аддиктивного поведения. При злоупотреблении тем или иным психоактивным веществом жизнь людей концентрируется только на данном веществе и возникает физическая зависимость от этого вещества, при которой отмечается толерантность по отношению к препарату и симптомы абстиненции (см. перечень DSM-IV). Люди, у которых развивается толерантность по отношению к препарату, нуждаются в увеличении дозы для поддержания достигнутого прежде, желаемого эффекта. При внезапном прекращении приема препарата или сокращении принимаемой дозы у таких людей возникает состояние абстиненции или синдром отмены с неприятными и даже опасными для жизни симптомами — судорогами, приступами страха, сильным потоотделением, тошнотой.

Дункан, человек, который рассказывал о своих проблемах на встрече в обществе Анонимных Алкоголиков, страдал от алкоголизма. Когда Дункан учился в колледже и позднее, когда работал юристом, алкоголь разрушал его семью, наносил вред социальным отношениям, учебе и работе. Со временем Дункан выработал толерантность по отношению к алкоголю, и у него появились симптомы абстиненции или похмелья, такие как рвота и сильная дрожь, при попытке прекратить пить. Наблюдения, проводимые в течение года, показали, что от 9,5 до 11,3% всего взрослого населения США, а это более чем 15 млн. человек, проявляют симптомы злоупотребления психоактивными веществами разного рода или испытывают от них зависимость. И только 20% этих людей в текущем году получили необходимое лечение (Kessler et al, 1994; Regier et al., 1993).

<«Героинный шик». Популярность использования психоактивных веществ может меняться: возрастая, падать и вновь начинать расти. В 80-е годы героин

ассоциировался с преступностью, распущенностью, уличной жизнью, и его употребление сократилось. В 90-е годы, однако, популярность героина резко возросла. В течение некоторого времени этот наркотик даже определял новое направление в индустрии моды — «героиновый шик», что отразилось, например, в знаменитом фильме *Trainspotting* (в российском прокате «На игле». — Прим. ред.).>

Нам доступно множество психоактивных препаратов, и новые препараты появляются почти ежедневно. Некоторые из них обнаруживаются в природе, другие получают из веществ, имеющих природное происхождение, совершенно новые вещества синтезируют в лабораторных условиях. Для некоторых лекарственных препаратов, например для лекарств, устраняющих чувство тревоги и страха (противотревожные препараты), и для барбитуратов требуется рецепт врача, разрешающий их использование. Другие вещества, такие как алкоголь и никотин, находятся в свободной продаже и доступны для любого взрослого человека. Препараты иного плана, такие как героин, являются запрещенными при любых обстоятельствах. В 1962 году только 4 млн. человек в США когда-либо употребляли марихуану, кокаин, героин или другие запрещенные вещества; на сегодняшний день число таких людей превышает 72 млн. человек (SAMHSA, 1996; Kleber, 1995). Свыше 23 млн. человек использовали запрещенные вещества в течение прошлого года и 13 млн. используют их в настоящее время. 11% подростков употребляли запрещенные препараты в течение прошлого месяца.

Психоактивные вещества, вызывающие злоупотребления, подразделяются на разные категории: депрессанты, такие как алкоголь и опиоиды, угнетающие активность центральной нервной системы (ЦНС); стимуляторы ЦНС, такие как кокаин и амфетамины; галлюциногены, такие как ЛСД, вызывающие бредовые состояния, галлюцинации и другие сильнейшие изменения в сенсорном восприятии; препараты из конопли, такие как марихуана, оказывающие галлюциногенное, депрессивное и стимулирующее действие на ЦНС. Многие люди употребляют сразу несколько психоактивных препаратов за один прием. Такая практика носит название полинаркомании. В этой главе мы рассмотрим некоторые из подобных веществ и патологические состояния, возникающие в связи с их применением. Сначала мы дадим описание каждого вещества, а затем обсудим причины заболеваний, вызванных их употреблением, и методы лечения таких заболеваний.

Депрессанты.

Депрессанты понижают активность ЦНС. Они снимают состояние напряжения, внутренние сдерживающие факторы и могут нарушать мыслительные процессы, двигательную активность и концентрацию. К трем наиболее распространенным группам депрессантов относятся алкоголь, седативно-снотворные препараты и опиоиды.

Алкоголь.

По крайней мере две трети населения США время от времени употребляют напитки, содержащие алкоголь. Только в США каждый год покупается пива, вина и крепких спиртных напитков на сумму, составляющую десятки миллиардов долларов. Более 5% всего взрослого населения являются сильно пьющими людьми, это означает, что они напиваются по крайней мере 5 раз в месяц (SAMHSA, 1996). Среди сильно пьющих людей число мужчин превышает число женщин более чем в 4 раза.

Все алкогольные напитки содержат этиловый спирт — химическое соединение, которое быстро всасывается в кровь через желудок и кишечник. При попадании в кровь алкоголь начинает незамедлительно действовать на головной и спинной мозг, угнетая или ослабляя активность ЦНС путем связывания различных нейронов.

Алкоголь связывается с рецепторами тех нейронов, которые воспринимают нейротрансмиттер ГАМК (гамма-аминомасляная кислота) (Gordis, 1991). Как мы видели в главе 4, ГАМК передает ингибирующее послание — указание прекратить возбуждение. Когда алкоголь связывается рецепторами, которые обычно воспринимают ГАМК, это, очевидно, отчасти блокирует нейроны, способствуя тем самым расслаблению пьяного человека.

Сначала этиловый спирт действует угнетающе на те участки головного мозга, которые отвечают за самоконтроль и за способность критически оценивать ситуацию; люди становятся более раскованными, разговорчивыми и зачастую более дружески настроенными. Поскольку их внутренний контроль утерян, люди могут ощущать себя

раскрепощенными, уверенными в себе и счастливыми. По мере всасывания более высоких доз алкоголя он начинает угнетать совершенно другие участки ЦНС, теряется способность здраво рассуждать, речь таких людей делается менее четкой и связной, страдает их память (Fromm, Katz & D'Amico, 1997; Goldstein, 1994). Многие становятся слишком эмоциональными, шумными и агрессивными.

Дальнейшая стадия опьянения характеризуется более значительными нарушениями двигательных функций и замедленностью реакций. Люди шатаются, когда стоят или ходят, оказываются не в состоянии выполнить даже самые простые действия. Их зрительные образы начинают расплываться, в особенности это отражается на боковом зрении, возникают проблемы и со слухом. В результате всего этого у людей, употребляющих слишком много алкоголя, наблюдаются большие затруднения, связанные с вождением автомобиля или решением даже элементарных вопросов. Степень опьянения определяется процентным содержанием алкоголя в крови человека. Таким образом, некое данное количество алкоголя будет иметь меньший эффект на более крупного человека, чем на небольшого (табл. 10.1). Половая принадлежность также влияет на содержание алкоголя в крови. В организме женщин содержится меньшее количество желудочного фермента этанол дегидрогеназа, который расщепляет этиловый спирт в желудке перед тем, как он попадает в кровь. Поэтому женщины более подвержены интоксикации, чем мужчины, при равных количествах принятого алкоголя.

Нарушения, возникающие при различных состояниях опьянения, могут быть соотнесены с содержанием этилового спирта в крови. Когда содержание алкоголя в крови достигает 0,09% от объема крови, у пьяного человека начинается интоксикация. Когда содержание алкоголя в крови повышается, начинают проявляться более серьезные нарушения. Если уровень алкоголя достигает 0,55%, вероятен смертельный исход. У большинства людей, однако, происходит отключение сознания еще до того, как они смогут выпить такое количество.

Воздействие алкоголя на организм уменьшается только тогда, когда уменьшается его содержание в крови. Небольшое количество алкоголя расщепляется или преобразуется в печени в результате метаболизма в диоксид углерода и воду, которые выводятся из организма посредством выдоха при дыхании и непосредственно через выделения. У разных людей печень функционирует по-разному, поэтому время, необходимое для того, чтобы протрезветь, для всех индивидуально. Несмотря на распространенное мнение по этому поводу, только время и метаболизм могут сделать человека трезвым. Питье крепкого черного кофе, умывание лица холодной водой или «встряска» не могут ускорить процесс.

Злоупотребление алкоголем и зависимость от него

Хотя употребление алкоголя легализовано, алкоголь представляет собой одну из самых больших опасностей для общества. У множества людей развивается потребность в злоупотреблении алкоголем, или алкогольная зависимость, носящая длительный характер, в обиходе называемая алкоголизмом. Наблюдения показывают, что в течение года у 10% всего взрослого населения США могут возникнуть состояния, характеризующиеся злоупотреблением алкоголем или алкогольной зависимостью (Anthony et al., 1995; Kessler et al., 1994; Regier et al., 1993).

Депрессант — вещество, которое снижает активность ЦНС, а в больших дозах снимает напряжение и внутренние сдерживающие факторы.

Алкоголь — любой напиток, содержащий этиловый спирт, включая пиво, вино и крепкие спиртные напитки.

Алкоголизм — паттерн поведения, характеризующийся постоянным злоупотреблением алкоголем или зависимостью от него.

<**Психологические заметки.** Каждый год студенты колледжей тратят 5,5 миллиардов долларов на алкоголь (главным образом на пиво) — это больше того, что они тратят на книги, газированную воду, кофе, соки и молоко вместе взятые (Eigan, 1991).>

<«Вода — единственный напиток для мудрого человека». — Генри Дэвид Торо, «Уолден»>

От 13 до 23 % взрослого населения проявляют симптомы злоупотребления алкоголем или зависимости от него в какие-то периоды своей жизни, с перевесом числа пьющих мужчин над числом пьющих женщин в соотношении 5:1. Злоупотребление алкоголем и зависимость от него являются одной из главных проблем среди молодежи (Scheier & Botvin, 1997). Приблизительно 3,5% выпускников средних школ сообщают о том, что они выпивают каждый день (NIDA, 1995), около 10% опрошенных учащихся начальной

школы признались, что пробовали алкоголь (Johnston et. at., 1993; Hutchinson & Little, 1985). Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость — это также особая проблема для студенческих обществ.

Таблица 10.1. Соотношения между полом, весом, количеством принятого алкоголя и уровнем алкоголя в крови

		Уровень алкоголя в крови, %					
Чистый спирт (в унциях)	Принятый напиток (в течение 1 часа)	Женщины (100 фунтов)	Мужчины (100 фунтов)	Женщины (150 фунтов)	Мужчины (150 фунтов)	Женщины (200 фунтов)	Мужчины (200 фунтов)
1/2	1 унция спирта 1 стакан вина 1 банка пива	0,045	0,037	0,030	0,025	0,022	0,019
1	2 унции спирта 2 стакана вина 2 банки пива	0,090	0,075	0,060	0,050	0,045	0,037
2	4 унции спирта 4 стакана вина 4 банки пива	0,180	0,150	0,120	0,100	0,090	0,070
3	6 унций спирта 6 стаканов вина 6 банок пива	0,270	0,220	0,180	0,150	0,130	0,110
4	8 унций спирта 8 стаканов вина 8 банок пива	0,360	0,300	0,240	0,200	0,180	0,150
5	10 унций спирта 10 стаканов вина 10 банок пива	0,450	0,370	0,300	0,250	0,220	0,180

1 фунт равен 453,59 г.; 1 американская жидкая унция равна 29,57 куб. см. — Прим. ред.

(Ray & Ksir, 1993, p. 1994.)

Злоупотребление алкоголем

Люди, злоупотребляющие алкоголем, обычно систематически принимают большие дозы спиртного и полагают, что это помогает им избавиться от беспокоящих проблем. Со временем пьянство начинает оказывать влияние на социальное поведение таких людей, их мыслительные способности, на отношение к работе. Они часто ссорятся с членами своих семей, друзьями, постоянно прогуливают работу и даже теряют ее. Те, кто злоупотребляет алкоголем, делают это разными способами (Walker et al, 1996). Некоторые ежедневно употребляют большие количества алкоголя, напиваясь до состояния интоксикации, и вся их повседневная жизнь строится вокруг выпивок. Другие практикуют периодические запои, длящиеся неделями или месяцами. Они могут находиться в состоянии интоксикации в течение нескольких дней, а впоследствии ничего не помнят об этом периоде. Третьи предаются чрезмерным возлияниям только на уик-энды или по вечерам или же и на уик-энды и по вечерам. Актер Дик Ван Дайк, например, говорил:

«Я не пропускал работу по причине пьянства и никогда не пил на работе. Никогда не пил в течение дня, только дома и только вечерами... Но пьянство по вечерам — это один из видов алкоголизма, точно так же, как периодическое пьянство — это тоже вид алкоголизма» (Hew, 1976, p. 76).

Зависимость от алкоголя

Для большинства людей злоупотребление алкоголем приводит к зависимости от него. Это означает, что их организм начинает проявлять толерантность по отношению к алкоголю и им требуется принимать все большие и большие количества, чтобы достичь желаемого эффекта. Они также испытывают состояние похмельного синдрома, или абстиненции, когда прекращают пить. Их руки, язык, веки трясутся на протяжении нескольких часов; они чувствуют слабость и тошноту; они покрываются потом, их рвет, у них возникает учащенное сердцебиение и повышается артериальное давление. Они также могут стать беспокойными, подавленными или раздражительными, им не удается заснуть (Thompson et al., 1995).

Небольшой процент людей, страдающих алкогольной зависимостью, проявляют в состоянии похмельного синдрома специфическую реакцию со стороны организма, так называемый delirium tremens (DT) — белую горячку, или алкогольный абстинентный делирий. Это состояние возникает обычно в течение трех дней после того, как человек, страдающий алкогольной зависимостью, прекращает пить или уменьшает дозу спиртного. У него начинаются устрашающие зрительные галлюцинации. Он может быть убежден в том, что видит маленьких, пугающих существ или предметы, которые передвигаются вокруг него с бешеной скоростью и, возможно, преследуют его или ползают по его телу. Как и другие абстинентные симптомы, DT обычно длится от двух до трех дней. Однако у человека, который испытывает DT или подобную сильную абстинентную реакцию, также возможны припадки, потеря сознания, может случиться инсульт или даже наступить смерть (Cornish et al., 1995; Schuckit, 1987). На сегодняшний день определенные медицинские процедуры помогают предотвратить или ослабить такие экстремальные реакции со стороны организма.

Влияние алкоголя на личность и общество

Алкоголизм губит миллионы семей, разрушает социальные взаимоотношения и оказывает пагубное воздействие на профессиональную деятельность. Стоимость медицинского лечения и производственных потерь, вызванных смертями от алкоголизма, ежегодно оценивается в США на сумму 136 миллиардов долларов (Cornish et al., 1995). По вине алкоголизма в США происходит более одной трети всех суицидов, убийств, изнасилований, грабежей и смертей от несчастных случаев, включая почти половину всех фатальных автомобильных инцидентов (Mustaine & Tewksbury, 1998; Painter, 1992). В целом, по вине водителей в состоянии алкогольного опьянения происходит 23 000 несчастных случаев со смертельным исходом ежегодно; в среднем каждые 23 минуты из-за алкоголизма происходит несчастный случай со смертельным исходом (OSAP, 1991). Вероятность попасть под машину для пешехода в состоянии алкогольного опьянения в 4 раза выше, чем для трезвого человека (Painter, 1992).

Алкоголизм также самым серьезным образом отражается на 30 миллионах детей, чьи родители страдают этим недугом. Весьма вероятно, что такие дети растут в семьях, где происходят ссоры и стычки, а также возможно рукоприкладство и сексуальное насилие (Mathew et al., 1993; Velleman & Orford, 1993). Со своей стороны, у них возникает больше психологических проблем в детском возрасте и во взрослом состоянии, особенно связанных с тревогой, депрессией, фобиями и расстройствами из-за злоупотребления психоактивными веществами (Hill & Muka, 1996). У некоторых из них низкая самооценка, плохие коммуникативные способности, проблемы с общением и устройством личной жизни (Kelly & Myers, 1996; Greenfield et al., 1993).

Длительное чрезмерное пьянство может нанести серьезный вред здоровью. У людей, на протяжении многих лет неумеренно употребляющих алкоголь, могут развиваться необратимые изменения в печени или цирроз, когда перегруженная работой печень начинает покрываться рубцами, видоизменяются ее ткани, происходит анатомическая перестройка и нарушается функционирование. Цирроз занимает седьмое место по смертности в США, из-за него случается около 28 000 смертей ежегодно (Ray & Ksir, 1993; ADAMHA, 1987). Злоупотребление алкоголем и зависимость от него могут также разрушить сердце и ослабить способность иммунной системы противостоять инфекциям (NIAAA, 1992).

При длительном чрезмерном пьянстве возникают проблемы с питанием. Алкоголь дает человеку ощущение сытости и ослабляет аппетит, однако он не имеет

питательной ценности. В результате сильно пьющие люди выглядят исхудавшими, их организмы слабеют, истощаются и становятся подвержены различным заболеваниям. Дефицит витаминов и минералов у алкоголиков также может вызвать психические расстройства. Дефицит витамина B1 (тиамина), возникающий при злоупотреблении алкоголем, приводит к развитию Корсаковского синдрома, расстройства, при котором отмечается крайняя спутанность сознания, потеря памяти и другие неврологические симптомы (Korelman, 1995). Больные Корсаковским синдромом не в состоянии вспомнить прошедшие события или усвоить новую информацию, они могут компенсировать потерю памяти с помощью конфабуляции, рассказывая о выдуманных событиях, чтобы восполнить пробелы памяти.

Наконец, женщины, которые пьют во время беременности, подвергают риску своих нерожденных детей. Употребление алкоголя, тем более сильное пьянство во время беременности, может привести к рождению ребенка с внутриутробным алкогольным синдромом, формой патологии, которая включает в себя умственную отсталость, гиперактивность, аномалии в строении головы и лица, пороки сердца, замедленный рост (Goldstein, 1994; Ray & Ksir, 1993). Было определено, что среди населения в целом на каждую 1000 рождений приходится менее 3 случаев рождений детей с таким синдромом. Среди пьющих женщин это число увеличивается до 29 на каждую 1000 рождений (Ray & Ksir, 1993). К тому же сильное пьянство на ранней стадии беременности может привести к выкидышу.

Крупным планом

Пьянство среди студентов колледжей: общественная проблема

Употребление большого количества алкоголя одновременно или пьяные кутежи представляют особую проблему для студенческих общежитий. Последние данные свидетельствуют, что почти половина всех студентов колледжей время от времени участвуют в пьяных кутежах (Wechsler et al., 1994; Cage, 1992). Пьянки наиболее распространены именно в среде студентов колледжей по сравнению с молодыми людьми того же возраста, не являющихся студентами. В действительности подсчитано, что студенты колледжей выпивают 430 миллионов галлонов (1625,4 млн. литров) алкоголя ежегодно и тратят на это 5,5 миллиардов долларов (Eigan, 1991). Несмотря на то, что для представителей разных слоев общества употребление алкоголя считается вполне приемлемым аспектом студенческой жизни, разве мы слишком сгущаем краски при рассмотрении этой проблемы? Примем во внимание следующие статистические данные:

С алкоголем связано почти 40% всех проблем с учебой и 28% всех отчислений из учебных заведений (Anderson, 1994).

Хотя 84% поступивших первокурсников считают, что неумеренное пьянство является проблемой для студенческих городков, 68% из них пьют во время первого семестра, по крайней мере половина из них пьют в течение первой недели пребывания в общежитии (Harvard School of Public Health, 1995).

В среднем на алкоголь студент тратит 466 долларов в год (Eigan, 1991).

Пьянки приводят к серьезным проблемам со здоровьем и тяжелому травматизму, автокатастрофам, случайному и небезопасному сексу, агрессивному поведению и различным психологическим проблемам (Wechsler et al., 1995; Wechsler & Isaac, 1992).

Такие тенденции заставляют некоторых педагогов говорить о пьянках как о «факторе риска номер один для здоровья общества» во время обучения студентов в колледжах, и многие исследователи и врачи обращают внимание на эту проблему. Генри Вечслер и его коллеги по Гарвардской Школе Общественного Здоровья (Wechsler et al., 1995) разослали по почте опросник студентам из 140 студенческих городков по всей территории США в связи с употреблением ими алкоголя и получили почти 18 000 откликов. Исследователи обнаружили, что наиболее склонными к пьянкам становятся те, кто состоит в мужских студенческих организациях или в университетских женских клубах, хочет вести компанейский образ жизни и имеет рискованные увлечения: курит марихуану, занимается сексом с многочисленными партнерами, курит сигареты. Со склонностью к пьянкам были также соотнесены другие характеристики, включая мужской пол, белый цвет кожи, вовлеченность в спортивные занятия и профилирующую дисциплину в колледже. Исследователи выразили беспокойство по поводу того, что «пьянство в колледжах ассоциируется с некоторыми из наиболее привлекательных сторон жизни американских студентов — вечеринками, общественной жизнью, общежитием, спортивными занятиями и общением с друзьями» (Wechsler et al., 1995, p. 925). Проведенные исследования также

обнаружили, что те из студентов, кто практиковал пьянство в средней школе, склонны продолжать заниматься этим и в колледже. Результаты таких исследований, основанных на произвольно составленных опросниках, могут быть необъективными. Вполне возможно, что те, кто участвует в пьянках, более охотно отвечают на такие опросники, чем те, кто в них не участвует. Все же смысл проделанной работы достаточно ясен и, несомненно, проблема пьянства в студенческой среде требует пристального внимания со стороны педагогов и специалистов системы здравоохранения. Очевидно, что проблема затрагивает большее число людей и наносит больший вред, чем это признавалось ранее. По крайней мере, пришло время для исследования этой проблемы (Winerip, 1998).

<Культурная выпивка. Среди некоторых общественных слоев, по-видимому, поощряются выпивки. Так, во время празднования в Германии дня 16 октября — «Oktoberfest», пирующими было выпито 5 млн. литров пива.>

Седативно-снотворные лекарственные средства.

Седативно-снотворные лекарственные средства вызывают состояние релаксации и сонливости. В низких дозировках эти препараты обладают успокоительным или седативным эффектом. В больших дозировках они действуют как снотворное средство. Седативно-снотворные препараты подразделяются на барбитураты и бензодиазепины. **Алкогольный делирий** — абстинентная реакция крайней степени, возникающая у людей, страдающих алкогольной зависимостью; проявляется в виде спутанности сознания, помрачения сознания и устрашающих зрительных галлюцинаций. Еще одно название этого состояния — белая горячка.

<Беременность и злоупотребление психоактивными веществами. Женщина, использующая психоактивные препараты, включая алкоголь, во время беременности рискует нанести вред плоду. В США ежегодно рождается более 50 000 детей с проблемами, вызванными употреблением алкоголя. Большое количество детей страдает внутриутробным алкогольным синдромом.>

Цирроз — необратимые изменения, часто вызываемые неумеренным пьянством, при которых печень начинает покрываться рубцами, происходят ее анатомические изменения и нарушается функционирование.

Корсаковский синдром — расстройство, связанное с алкоголизмом, при котором отмечается крайняя спутанность сознания, ослабление памяти и другие неврологические симптомы.

Конфабуляция — вымышленный рассказ о пережитых событиях для восполнения пробелов памяти.

Внутриутробный алкогольный синдром — широкий диапазон проблем у детей, включая низкий вес при рождении, неправильное строение головы и лица, умственную отсталость, которые вызваны, чрезмерным употреблением алкоголя матерью во время беременности.

Седативно-снотворное лекарственное средство — лекарственное средство, используемое в низких дозировках для снятия чувства тревоги, а в более высоких дозировках способствующее процессу засыпания и сна.

Барбитураты — группа седативно-снотворных лекарственных средств, используемых для снятия чувства тревоги и способствующих процессу засыпания.

Барбитураты

Впервые открытые в Германии более 100 лет назад, барбитураты были широко распространены в первой половине двадцатого века, их использовали как средства, подавляющие чувство тревоги и способствующие сну. Несмотря на появление современных, более безопасных **бензодиазепинов**, некоторые врачи до сих пор выписывают барбитураты, особенно в качестве снотворного средства. В связи с приемом этих препаратов может возникнуть множество проблем, не последнее место среди которых занимает злоупотребление и лекарственная зависимость. Несколько тысяч смертей ежегодно происходят при случайной передозировке этих препаратов или отравлениях с целью суицида.

Барбитураты обычно принимаются в виде таблеток или капсул. В низких дозах они снимают состояние возбуждения, действуя так же, как и алкоголь, то есть путем присоединения к рецепторам нейронов, которые воспринимают ингибирующий нейротрансмиттер ГАМК, и помогая ГАМК воздействовать на эти рецепторы (Frey et al.; Morgan & London, 1995). Люди могут отравиться большими дозами барбитуратов точно так же, как и алкоголем. Как и от алкоголя, от барбитуратов разрушается печень.

В больших дозах барбитураты также действуют угнетающе на **ретикулярную**

формацию, вызывая, таким образом, состояние сна. Ретикулярная формация представляет собой центр активации в головном мозге, который в нормальном состоянии заставляет людей бодрствовать. При приеме слишком больших доз барбитуратов возможна остановка дыхания и резкое падение артериального давления, отчего может наступить кома и смерть.

Длительное использование барбитуратов может привести к быстрому развитию злоупотребления ими. Те, кто принимает эти препараты, проводят большую часть дня в состоянии интоксикации, что отражается на психическом состоянии человека и на выполнении им своих профессиональных обязанностей. В результате может развиваться лекарственная зависимость, когда человек строит свою жизнь только вокруг лекарства и у него возникает потребность в увеличении дозы лекарственного препарата, чтобы успокоиться или заснуть. В действительности, большая опасность зависимости от барбитуратов заключается в том, что летальная доза препарата остается одной и той же, даже несмотря на то, что организм вырабатывает толерантность по отношению к другим его воздействиям (Landry, 1994; Gold, 1986). Когда-то прописанная доза препарата перестает снимать чувство тревоги или способствовать сну, и человек может увеличивать ее без контроля со стороны врача, в конечном итоге принимая дозу, которая оказывается фатальной. Те, кто попадает в зависимость от барбитуратов, испытывают абстинентные симптомы в виде тошноты, чувства тревоги и расстройства сна, когда прекращают их принимать. В экстремальных случаях абстинентные реакции могут иметь сходство с delirium tremens — белой горячкой. Абстинентный синдром, вызванный прекращением приема барбитуратов, особенно опасен тем, что на его фоне могут возникнуть конвульсии.

Бензодиазепины

Как мы видели ранее, бензодиазепины, противотревожные лекарственные препараты, разработанные в 50-е годы, являются наиболее распространенными седативно-снотворными средствами (см. главу 4). Многие из них в настоящее время применяются в медицинской практике, особенно популярны ксанакс и валиум (Frey et al., 1995). Так же как алкоголь и барбитураты, они обладают успокаивающим эффектом, связываясь с рецепторами нейронов, которые воспринимают ингибирующий нейротрансмиттер ГАМК, и усиливая активность ГАМК на этих рецепторах. Бензодиазепины, однако, снимают чувство тревоги и беспокойства, не вызывая при этом ощущения вялости, как другие седативно-снотворные средства. Эти препараты не угнетают дыхательную функцию, поэтому при их использовании уменьшается вероятность смерти от передозировки (Nishino et al., 1995).

Появившись впервые, бензодиазепины казались такими безопасными и эффективными, что врачи охотно прописывали их своим пациентам, и использование этих препаратов получило широкое распространение. В конечном итоге стало ясно, что в больших дозах эти лекарства способны вызывать интоксикацию и приводить к развитию злоупотребления и лекарственной зависимости (Ashton, 1995; Cornish et al., 1995). Более 1% взрослого населения США в какие-то моменты своей жизни проявляют симптомы злоупотребления или физической зависимости от противотревожных препаратов (Anthony et al., 1995; APA, 1994).

Ретикулярная формация — центр активации головного мозга, который поддерживает у людей состояние бодрствования, бдительности и внимательности.

Бензодиазепины — самая распространенная группа противотревожных лекарственных препаратов, к которым относятся валиум и ксанакс.

Опиаты.

Опиаты — группа препаратов, включающая опий и его производные, такие как героин, морфин и кодеин. Опиум — натуральное вещество, получаемое из сока опийного мака, использовали на протяжении многих тысячелетий. В прошлом он широко применялся в медицине для лечения заболеваний в связи с его способностью ослаблять чувство боли как физического, так и эмоционального происхождения. Однако врачи обнаружили, что к препарату вырабатывается физиологическая зависимость.

<**Инъекция опиоидов.** Опиоиды могут быть введены перорально, через слизистые оболочки или, как на этой фотографии, внутривенно. Если несколько человек пользуются одним шприцем, они подвергаются опасности заразиться СПИДом и разными формами гепатита.>

В 1804 году из опиума было выделено новое вещество — **морфин**. Он устранял чувство боли даже более эффективно, чем сам опиум. Полагая, что морфин безопасен, врачи того времени начали широко использовать его для лечения пациентов. Оказалось, что

неоднократное его применение также может привести к развитию зависимости. В США во время гражданской войны такому множеству солдат были сделаны инъекции морфина, что зависимость от морфина — морфинизм стал называться «солдатской болезнью».

В 1898 году из морфина был получен новый препарат, устраняющий чувство боли, **героин**. На протяжении нескольких лет героин рассматривали как один из самых замечательных препаратов и использовали в качестве средства от кашля и для других лечебных целей. В конце концов врачи установили, что к героину развивается гораздо более сильное привыкание, чем по отношению к другим опиоидам. К 1917 году Конгресс Соединенных Штатов сделал заключение о том, что все препараты, получаемые из опия, являются наркотическими, то есть к ним вырабатывается привыкание, и принял закон, запрещающий использование опиоидов, за исключением медицинских целей.

Из опия были получены и другие препараты, а также созданы синтетические (синтезированные в лабораторных условиях) опиоиды, такие как **метадон**. Все эти препараты, природные и синтетические, известны как **наркотики**. Они различаются по силе и скорости своего воздействия. Морфин и кодеин являются медицинскими наркотиками и обычно применяются для ослабления чувства боли. Использование героина для любых целей полностью запрещено в США.

Наркотики курят, нюхают, вдыхают, вводят под кожу («маковая кожа») или непосредственно в кровь («внутривенное введение»). Инъекция быстро вызывает прилив сил — состояние подъема или возбуждения, характеризующееся волнами тепла, распространяющимися по телу, и экстазом, который иногда сравним с оргазмом. Легкий спазм, за которым следуют несколько часов блаженства, кайфа (в английском варианте это high — высшее состояние наркотического опьянения или pod — коматозное состояние, в котором находится наркоман после приема наркотика. — Прим. переводчика). В этом состоянии наркоманы ощущают релаксацию и испытывают чувство радости. Еда, секс и остальные физические потребности для них не имеют значения.

Героин и другие опиоиды вызывают такие эффекты посредством угнетения ЦНС, особенно тех центров головного мозга, которые ответственны за контроль эмоций. Наркотики взаимодействуют со специфическими рецепторами нейронов головного мозга, которые обычно воспринимают **эндорфины** — нейротрансмиттеры, помогающие устранить чувство боли и ослабить напряжение (Snyder, 1991, 1986; Trujillo & Akil, 1991). Когда нейроны этими специфическими рецепторами воспринимают опиоиды, то начинают продуцировать ощущения удовольствия и спокойствия, точно так же, как в том случае, когда воспринимают эндорфины. Кроме того, что опиоиды устраняют болевые ощущения и снимают напряжение, они вызывают тошноту, сужение зрачков («точечные зрачки») и запор — физиологические реакции со стороны организма, которые также могут быть связаны с процессом высвобождения эндорфинов в головном мозге.

Злоупотребление героином и героиновая зависимость (наркомания)

Достаточно всего лишь в течение нескольких недель неоднократно использовать героин, чтобы возникла потребность в злоупотреблении этим препаратом: наркотик способен причинить огромный вред как социальной жизни, так и профессиональной деятельности человека. У большинства злоупотребляющих в дальнейшем развивается героиновая зависимость (наркомания), когда жизнь людей концентрируется только на наркотике, вырабатывается толерантность по отношению к героину, а при прекращении приема наблюдаются абстинентные реакции (таблицу 10.2).

Вначале абстинентные симптомы проявляются в виде тревоги, беспокойства, повышенного потоотделения, учащенного дыхания, а в конечном итоге отмечаются сильные судороги, постоянные боли, лихорадочное состояние, рвота и диарея, отсутствие аппетита, высокое артериальное давление и потеря в весе до 15 фунтов (из-за того, что организм теряет много жидкости). Абстинентные симптомы обычно достигают максимума на третий день, а затем постепенно ослабевают и исчезают на восьмой день. Человек в состоянии абстиненции вынужден либо ждать момента, когда эти реакции прекратятся, либо выйти из состояния абстиненции, снова принимая героин.

Опиат — опий либо любой другой из препаратов, получаемых из опия, включая морфин, героин и кодеин.

Опий — сильнодействующее наркотическое вещество, выделяемое из сока семян опийного мака.

Морфин — сильнодействующее наркотическое вещество, получаемое из опия, которое особенно эффективно в качестве болеутоляющего средства.

Героин — сильнодействующее наркотическое вещество, получаемое из морфина; его использование в любых целях полностью запрещено в США.

Все более люди, у которых возникла героиновая зависимость (наркоманы), испытывают потребность в наркотике, эта потребность становится ежедневной, и чтобы избежать мучительного состояния абстиненции, они вынуждены постоянно увеличивать дозы приема для достижения желаемого эффекта. Временное состояние кайфа ощущается менее остро и становится менее значительным (Goldstein, 1994). Все жизненные интересы наркоманов направлены на то, чтобы получить следующую дозу наркотика. Для удовлетворения своих дорогостоящих потребностей многие наркоманы встают на криминальный путь, занимаются воровством и проституцией.

Метадон — синтезированный в лабораторных условиях опиоидоподобный препарат.

Наркотик — любой природный или синтетический опиоидоподобный препарат.

Эндорфины — нейротрансмиттеры, которые способствуют устранению болевых ощущений и ослаблению эмоционального напряжения; иногда их называют собственными опиоидами, вырабатываемыми организмом.

Исследователи высказывают предположение о том, что около 1% всего взрослого населения США в определенные моменты своей жизни становятся зависимыми от героина или других опиоидов (АРА, 1994). После значительного сокращения числа наркоманов в 80-е годы в настоящее время количество людей, употребляющих эти наркотики, снова возросло до 750 000 человек (Kleber, 1995; Elias, 1993).

Опасность, связанная с героином

Непосредственная опасность для здоровья и жизни, связанная со злоупотреблением героином, возникает при передозировке, которая вызывает угнетение дыхательного центра головного мозга, почти парализуя дыхательную функцию, и в большинстве случаев является причиной смерти. Люди, возобновляющие употребление героина после периода воздержания, часто совершают роковую ошибку, принимая дозу, к которой привыкли до воздержания. Так как в течение некоторого времени их организмы были свободны от героина, они не могут больше переносить такую высокую дозу наркотика. Каждый год приблизительно 1% больных наркоманией, употребляющих героин и другие опиоиды, умирают от воздействия этих наркотиков, обычно от передозировки (АРА, 1994).

Но угроза здоровью при использовании героина возникает не только в связи с непосредственным воздействием этого наркотика на организм человека. Очень часто торговцы наркотиками смешивают героин с более дешевыми психоактивными препаратами, например, с барбитуратами или ЛСД, или даже с такими смертельно опасными веществами, как цианид или аккумуляторная кислота. Наркоманы, использующие грязные иглы и другие нестерильные принадлежности при внутривенном введении героина, подвергаются риску заражения СПИДом, гепатитом и гнойными кожными инфекциями. В некоторых районах США показатель ВИЧ-инфицированных среди зависимых от героина достигает 60% (АРА, 1994).

Резюме

Злоупотребление психоактивными веществами может вызывать временные нарушения поведения, настроения и мышления, такие же, как при интоксикации. Регулярное и чрезмерное употребление психоактивных веществ может привести к возникновению злоупотребления ими, когда человек целиком и полностью полагается на какой-либо препарат, что самым пагубным образом отражается на его взаимоотношениях с другими людьми, на его работе и влияет на остальные сферы деятельности. Также может возникнуть зависимость от вещества, когда человек концентрирует свою жизнь только на веществе, со временем вырабатывает толерантность по отношению к данному веществу и, возможно, испытывает неприятные симптомы абстиненции, когда прекращает его прием. Депрессантами являются вещества, угнетающие активность ЦНС. Любой из депрессантов обладает опасными свойствами. Регулярное и чрезмерное употребление этих веществ приводит к возникновению злоупотребления ими или зависимости от них.

Алкоголь. Алкогольные напитки содержат этиловый спирт, который, попадая в кровь, воздействует на ЦНС, угнетая ее активность. К тому же, алкоголь увеличивает активность нейротрансмиттера ГАМК на определенных участках головного мозга. Чрезмерное употребление алкоголя приводит к несчастным случаям, проблемам со здоровьем и некоторым психическим расстройствам.

Седативно-снотворные лекарственные препараты. Седативно-снотворные лекарственные препараты вызывают ощущение релаксации и обладают снотворным эффектом, к ним относятся барбитураты и бензодиазепины. Как те, так и другие усиливают активность нейротрансмиттера ГАМК.

Опиоиды. К опиоидам относятся опий и препараты, получаемые из опия, такие как морфин и героин, а также опиоиды, синтезированные в лабораторных условиях. Все они способны снимать напряжение, болевые ощущения и вызывать другие реакции в организме. Опиоиды оказывают свое воздействие, связываясь с нейронами, которые обычно воспринимают эндорфины.

Стимуляторы.

Стимуляторы — это вещества, увеличивающие активность ЦНС, в результате их действия повышается артериальное давление крови и учащается ритм сердечных сокращений, они способствуют увеличению физической активности и ускоряют реакции и мыслительные процессы. **Кокаин** и амфетамины представляют собой самые опасные стимуляторы, оказывающие почти идентичное воздействие на поведение и эмоциональное состояние человека (Gawin & Ellinwood, 1988; Snyder, 1986). Когда наркоманы рассказывают о различных эффектах, получаемых ими от данных препаратов, то обычно это происходит по причине употребления ими разных количеств наркотика. Двумя другими широко распространенными и узаконенными стимуляторами являются кофеин и никотин.

< **Удивительное лекарство.** Используемый легально в США до 1914 года, кокаин был ингредиентом самых обычных лекарственных средств, таких как кокаиновые капли от зубной боли. Эта реклама 1885 года демонстрирует, что такие капли использовались для лечения как взрослых, так и детей. Также до 1903 года кокаин входил в качестве компонента в рецепты компании Coca-Cola.>

Таблица 10.2. Опасные последствия злоупотребления психоактивными препаратами

	Возможность интоксикации	Возможность возникновения зависимости	Степень риска органических поражений или смерти	Степень риска тяжелых социальных или экономических последствий	Степень риска тяжелых долговременных психических нарушений или изменений в поведении
Опиаты	Высокая	Высокая	Низкая	Высокая	От низкой до умеренной
Седативно-снотворные препараты:					
Барбитураты	Умеренная	От умеренной до высокой	От умеренной до высокой	От умеренной до высокой	Низкая
Бензодиазепины	Умеренная	Низкая	Низкая	Низкая	Низкая
Стимуляторы: кокаин, амфетамины	Высокая	Высокая	Умеренная	От низкой до умеренной	От умеренной до высокой
Алкоголь	Высокая	Умеренная	Высокая	Высокая	Высокая
Каннабис (конопля)	Высокая	От низкой до умеренной	Низкая	От низкой до умеренной	Низкая
Смешение различных препаратов	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая

Стимулятор — вещество, которое повышает активность ЦНС.

Кокаин — наркотический стимулятор, получаемый из растения кокаинового куста (кока); самый мощный среди известных на сегодняшний день стимуляторов

природного происхождения.

<Психологические заметки. Стимулятор кофеин является одним из самых распространенных наркотиков в мире (Braun, 1996). В США 80% взрослого населения употребляют его каждый день в том или ином виде (Stein et al., 1994). Большинство любителей кофе говорят, что чувствуют себя отвратительно, если не выпивают чашку этого напитка в свое привычное время (Carey & Mullins, 1995).>

Кокаин.

Кокаин — главный растительный алкалоид кокаинового куста, растения, произрастающего в Южной Америке, самый мощный стимулятор природного происхождения, известный ныне. Наркотик был впервые выделен из растения в 1865 году, однако коренные жители Южной Америки жевали его листья с доисторических времен, так как это наделяло их энергией и бодростью. Обработанный кокаин представляет собой белый легкий порошок без запаха. Для получения взбадривающего эффекта его часто сильно вдыхают таким образом, чтобы он всасывался слизистой оболочкой носа. Некоторые наркоманы предпочитают более сильные эффекты, возникающие при внутривенном введении кокаина и при курении трубки или сигарет.

В течение многих лет люди считали, что употребление кокаина не наносит большого вреда здоровью, за исключением возможной интоксикации и кратковременных психозов. Только в последние годы исследователи изучили его опасные свойства. Поводом для таких исследований стал весьма значительный рост популярности данного наркотика и возникшие вместе с этим проблемы. В начале 60-х годов в США кокаин пробовали 10 000 человек; на сегодняшний день опыт его употребления имеют более 21 млн. человек (SAMHSA, 1996). 1,5 млн. человек в настоящий момент злоупотребляют кокаином или испытывают кокаиновую зависимость, большинство из них — подростки и молодежь (SAMHSA, 1996; Kleber, 1995). В целом, почти 3% населения становятся подвержены кокаиновой зависимости в какие-то периоды своей жизни (Anthony et al., 1995).

После приема кокаина возникает эйфорический прилив бодрости и чувство самоуверенности. Вызванный достаточно большой дозой, этот эйфорический прилив может быть сравним с оргазмом и подобен тому, который бывает при приеме героина. Сначала кокаин вызывает стимуляцию высших центров ЦНС, человек делается возбужденным, энергичным, болтливым, пребывающим в состоянии эйфории. По мере увеличения доз приема кокаин начинает стимулировать другие центры ЦНС, вызывая учащение пульса, повышение артериального давления, учащение и углубление дыхания, провоцируя еще большее возбуждение и бессонницу.

Кокаин, очевидно, оказывает такое воздействие, главным образом, посредством увеличения содержания нейротрансмиттера дофамина на специфических участках нейронов головного мозга (рис. 10.1). Избыточное количество дофамина затем перемещается к воспринимающим нейронам всех отделов ЦНС и вызывает их повышенную стимуляцию. Кроме того, кокаин, по-видимому, усиливает активность нейротрансмиттеров норадренина и серотонина в определенных отделах головного мозга (Volkow et al., 1997; Biegon et al., 1995).

При приеме больших доз кокаина возбуждение ЦНС будет проявляться в виде нарушений мускульной координации, напыщенности, ослабления способности к здравому рассуждению, вспышек гнева, агрессии, компульсивного поведения, страха и спутанности сознания — характерных симптомах кокаиновой интоксикации. У некоторых людей возникают галлюцинации и бред — психотическое расстройство, вызванное приемом кокаина (Rosse et al., 1993; Yudofsky, Silver & Hales, 1993). Описывалось, как молодой человек после приема кокаина подошел к шкафу, чтобы взять одежду, а его костюм вдруг спросил у него: «Что ты хочешь?». Испугавшись, он подошел к двери, которая сказала ему: «Вернись назад». Отступив от двери, он услышал, как софа проговорила: «Если ты усядешься на меня, я пну тебя под зад». С ощущением приближающейся смерти, в сильнейшем страхе и в паническом состоянии этот молодой человек прибежал в больницу, где ему была оказана помощь (Alien, 1985, p. 19-20).

Когда симптомы, вызванные приемом кокаина, постепенно исчезают, наркоман часто испытывает состояние упадка сил, подобное депрессии, более известное под названием «ломка», это состояние характеризуется головными болями, головокружениями и обмороками (Cornish et al., 1995). Для людей, редко употребляющих кокаин, его воздействие обычно перестает ощущаться через 24 часа. Однако кокаин может оказывать более длительное воздействие на тех, кто принимает

избыточную дозу наркотика. Они могут войти в состояние ступора, глубокого сна или в некоторых случаях впасть в кому (Coambs & McAndrews, 1994).

Злоупотребление кокаином и кокаиновая зависимость

Систематическое употребление кокаина может привести к развитию злоупотребления этим наркотиком, когда человек на протяжении многих дней находится в состоянии интоксикации, что самым худшим образом сказывается на его взаимоотношениях с другими людьми и на выполнении им своих профессиональных обязанностей. При этом также возможны нарушения оперативной памяти или внимания (Rosselli & Ardila, 1996; Washton & Gold, 1984). Велика вероятность возникновения кокаиновой зависимости (наркомании), так как кокаин начинает доминировать в жизни человека. Все большее количество наркотика требуется для достижения желаемого эффекта, а прекращение приема вызывает депрессию, усталость, нарушение сна, раздражительность и чувство тревоги (APA, 1994). Эти абстинентные реакции могут продолжаться неделями или даже месяцами.

В прошлом число лиц, злоупотребляющих кокаином и зависимых от него, было ограничено дороговизной этого препарата. Кроме того, тогда люди имели обыкновение нюхать кокаин, что оказывало менее сильное воздействие, чем при инъекции или курении. С 1984 года, однако, среди наркоманов получили признание новые, более сильнодействующие, а зачастую и более дешевые разновидности синтетического кокаина, а это привело к огромному росту числа лиц, злоупотребляющих данными препаратами и зависимых от них. На сегодняшний день один человек из пяти, попробовавших наркотики, начинает злоупотреблять ими или обнаруживает наркотическую зависимость.

Метод получения свободного основания — способ введения кокаина, в котором беспримесный кокаиновый основной алкалоид, выделенный химическим способом из обработанного кокаина, выпаривается путем нагревания и вдыхается через трубку.



Рисунок 10.1. Биохимическая эйфория. Субъективные ощущения состояния эйфории после инъекции кокаина почти совпадают с теми, которые человек испытывает, когда на его нейроны воздействуют дофамины. Состояние эйфории достигает максимума приблизительно в то же самое время, что и нейронная активность (Fowler, Volkow & Wolf, 1994, p. 110; Cook, Jeffcoat & Perez- Reyes, 1985).

<Психологические заметки. На заре своей карьеры Зигмунд Фрейд был одним из самых ярких приверженцев использования кокаина в медицине. Испытав действие кокаина на самом себе, он засвидетельствовал: «Кокаин вызывает радостное настроение и длительное состояние эйфории... усиливает самоконтроль... наделяет энергией и увеличивает работоспособность... Другими словами, вы находитесь просто в нормальном состоянии» (Freud, 1885).>

Многие на сегодняшний день используют **метод получения свободного основания**,

в котором беспримесный кокаиновый основной алкалоид, выделенный химическим путем или «высвобожденный» из обработанного кокаина, выпаривается путем нагревания и вдыхается через трубку.

Миллионы людей используют крэк, сильнодействующий препарат из свободноосновного кокаина, который выпаривается до кристаллических шариков. Его курят с помощью специальной «крэк»-трубки и он издает особый потрескивающий звук при курении. Крэк продается в больших количествах по довольно низким ценам, это поспособствовало возникновению эпидемии крэка среди тех, кому раньше был не по карману кокаин, главным образом людям из бедных городских кварталов (OSAP, 1991). Эпидемия крэка вызывает сильное беспокойство в обществе, особенно в связи с сообщениями о жестоких преступлениях и опасной сексуальной распущенности среди лиц, употребляющих крэк (Balshem et al., 1992). Приблизительно 1% сегодняшних выпускников средних школ США признались в том, что они употребляли крэк в прошлом году (NIDA, 1996), это ниже показателя 1986 года, который составлял 4%.



Курение крэка. Крэк — сильнодействующий препарат на основе кокаина, получаемый путем выпаривания кокаина до кристаллических шариков и употребляемый для курения с помощью специальной крэк-трубки.

Крупным планом

Табак, никотин и пагубная привычка

Почти одна треть американцев старше 12 лет регулярно курят табачные изделия (SAMHSA, 1996). В результате курения ежегодно умирают 410 000 человек (Farley, 1994; Report of the Surgeon General, 1990, 1988). Вероятность преждевременных родов и рождения детей с отставанием в весе у курящих женщин выше, чем у некурящих (Goldstein, 1994). Существует прямая связь между курением и высоким артериальным давлением, коронарной болезнью сердца, легочными заболеваниями, раком, инсультами и другими смертельно опасными заболеваниями. Те, кто не курит, но вынуждены дышать сигаретным дымом, подвержены риску возникновения у них рака легких и ряда других заболеваний (Report of the Surgeon General, 1987). Кроме того, исследователи высказывают предположение о том, что одна треть всех подростков курили в течение последнего месяца и половина из них курят регулярно, а также о возможном увеличении числа курящих в этой возрастной категории (Johnson et al., 1996, 1993).

Большинство курильщиков знают о вреде курения, так почему же они продолжают курить? По той причине, что к никотину, активному веществу табака и стимулятору ЦНС так же развивается привыкание, как и к героину, а возможно, даже и более сильное (Report of the Surgeon General, 1998). Никотин воздействует на те же нейротрансмиттеры и на центр удовольствия головного мозга, что и амфетамины и кокаин (McGehee et al., 1995; Stolerman & Jarvis, 1995). Затягивание сигаретным дымом приводит к тому, что никотин поступает в мозг намного быстрее, чем при введении путем инъекции в кровь. Когда заядлые курильщики пытаются бросить курить, они испытывают абстинентные симптомы — раздражительность, повышенный аппетит, расстройства сна, нарушения обмена веществ, расстройства когнитивных функций и сильное желание покурить. У курильщиков также вырабатывается толерантность по отношению к никотину, они вынуждены курить все больше и больше для достижения желаемого эффекта и для избежания возникновения абстинентных реакций.

Число курящих должно сокращаться в нашем обществе путем создания изделий и разработки методик, помогающих людям избавиться от этой привычки. Большинство

таких ныне действующих методик работают недостаточно эффективно. Комплекты для самопомощи, информационные проспекты, коммерческие программы и группы поддержки являются лишь ограниченной помощью. Большинство людей, бросающих курить под влиянием такого посредничества, начинают курить снова в течение года (Hall et al., 1985). У курильщиков, долгое время пытающихся бросить курить, тенденция к успеху отмечается только после нескольких неудачных попыток (Spanier et al., 1996).

Никотиновая зависимость довольно успешно лечится с помощью терапии поведения — аверзивной терапии, приемы которой основаны на возникновении чувства отвращения. В одной из версий этого метода, названной «быстрое курение», курильщик находится в закрытой комнате и делает затяжки сигаретой с частотой один раз каждые шесть секунд до тех пор, пока он не почувствует себя плохо и не сможет больше курить. Плохое самочувствие у него начинает ассоциироваться с курением, и курильщик испытывает негативную реакцию по отношению к сигаретам (Baker & Brandon, 1988).

Распространенный метод биологической терапии — использование никотиновой жевательной резинки с высоким процентным содержанием никотина, который высвобождается при жевании. Теоретически люди, воспринимающие никотин путем жевания, больше не нуждаются в курении, и положительные эффекты от процесса курения исчезают (Fortmann & Killen, 1995).

Аналогичный подход используется в методе никотиновой повязки, которая накладывается на кожу как пластырь. Никотин поглощается кожей в течение дня, уменьшая абстинентное состояние и потребность пациента в никотине. Методы терапии поведения и способы биологической терапии работают более эффективно при одновременном применении (Fortmann & Killen, 1995; Kornitzer et al., 1995).

<Ранний старт. Албанский мальчик в Косово уже познал власть никотина.>

Никотиновый интраназальный (носовой) аэрозоль (спрей) — новый биологический способ, с помощью которого никотин вводится гораздо быстрее, чем при использовании других методов (Perkins et al., 1996). Он может использоваться несколько раз в течение часа, всякий раз, когда возникает сильное желание покурить. Несмотря на то, что спрей так же эффективен, как пластырь или резинка, к нему возможно привыкание (FDA, 1996), и у курильщиков, пользующихся никотиновым интраназальным аэрозолем, может выработаться новая привычка взамен старой (Hurt et al., 1995). Кроме того, такое лечение, как и другие биологические способы, оказывает незначительный эффект на страстное желание выкурить сигарету, самое большое препятствие для того, чтобы бросить курить (Drobes & Tiffany, 1997; Shiffman et al., 1997).

Для большинства курящих самое трудное — это расстаться со своей привычкой. С положительной точки зрения, однако, пропаганда опасности курения из-за риска заболеваний и смертности заставляет курильщиков избегать курения (Goldstein, 1994; Jaffe, 1995). Этот аргумент может служить мощным стимулом для многих курящих людей. Тем временем более 1000 человек умирают каждый день из-за болезней, вызванных курением.

Опасность кокаина

Кокаин представляет собой серьезную опасность. Помимо воздействия на психику, кокаин самым опасным образом действует на организм человека. В связи с возросшим применением сильнодействующих препаратов из кокаина в США происходит ежегодное увеличение числа несчастных случаев в быту на почве употребления кокаина. По сравнению с 1982 годом это число увеличилось в 35 раз, приблизительно от 4000 случаев до более чем 140 000 (DAWN, 1997). Кроме того, с кокаином связано до 20% всех суицидов, совершаемых людьми в возрасте до 61 года (Marzuk et al., 1992).

Самая большая опасность при использовании кокаина — это передозировка. Избыточные дозы препарата оказывают сильнейшее воздействие на дыхательный центр головного мозга, сначала стимулируя его, а затем угнетая до такой степени, что возможна остановка дыхания. Кокаин также может вызывать серьезные и даже смертельно опасные нарушения сердечной деятельности. Сердце бьется учащенно и неритмично, в то же время оно должно работать с нагрузкой, чтобы проталкивать кровь по кровеносным сосудам, которые сужаются под воздействием кокаина. У многих людей такая нагрузка на сердце вызывает церебральный пароксизм, приводящий к внезапной остановке дыхания или сердца. Беременные женщины, употребляющие кокаин, также рискуют родить детей с разного рода нарушениями,

такими как пониженный иммунитет, трудности, связанные с обучением, дефицитом внимания, аномальная активность дофамина и серотонина в головном мозге, проблемы с поведением и патология развития щитовидной железы (Azar, 1997; Di Pietro et al., 1995).

Амфетамины.

Амфетамины представляют собой лекарственные препараты-стимуляторы, синтезированные в лабораторных условиях. Наиболее распространенными среди них являются следующие препараты: амфетамин (бензедрин — benzedrine), декстроамфетамин (декседрин — dexedrine) и метамфетамин (метедрин — methedrine). Впервые созданные в 30-е годы для лечения астмы, эти препараты вскоре завоевали популярность среди людей, имеющих проблемы с лишним весом; спортсменов, стремящихся обладать сверхэнергией; военнотружущих, имеющих дело с техникой; летчиков, которым нужно находиться в состоянии боевой готовности; а также студентов, готовящихся по ночам к экзаменам. Теперь врачи знают о том, что эти лекарства слишком опасны для использования в таких случаях и выписывают их крайне осторожно (Fawcett & Busch, 1995). Однако нелегальное употребление амфетаминов, по-видимому, возрастает (Baberg, Nelesen, & Dimsdale, 1996). Амфетамины наиболее часто употребляются в виде таблеток или капсул, хотя некоторые вводят препарат внутривенно для получения более быстрого и мощного эффекта. Другие принимают его в таких формах, как «лед» или «крэнк», которые являются аналогами свободноосновного кокаина и крэка соответственно. Подобно кокаину, в малых дозах амфетамины наделяют людей энергией и бодростью; в больших дозах могут вызывать чувство напряжения, интоксикацию и психозы; после того как амфетамины выводятся из организма, возникает чувство эмоционального опустошения. Так же как и кокаин, амфетамины стимулируют ЦНС, усиливая процесс высвобождения нейротрансмиттеров дофамин, норэпинефрин и серотонин в головном мозге, хотя амфетамины воздействуют несколько иначе, чем кокаин (Fawcett & Busch, 1995; Nestler et al., 1995).

Толерантность по отношению к амфетаминам вырабатывается так быстро, что можно легко впасть в амфетаминовую зависимость. Люди, которые начинают использовать препарат для уменьшения аппетита и веса, могут вскоре обнаружить, что они так же голодны, как и раньше, и увеличить дозу приема. Подобным образом спортсмены, использующие амфетамины для усиления энергии, вскоре обнаруживают, что им требуются все большие и большие количества препарата. Так называемые «спид»-наркоманы (от английского слова speed — скорость. — Прим. перев.), глотаящие таблетки изо дня в день в течение какого-то времени, вырабатывают такую толерантность, что вынуждены принимать дозу амфетамина, превышающую первоначальную в 200 раз. Когда люди, регулярно злоупотребляющие этими лекарственными препаратами, прекращают их принимать, они впадают в состояние депрессии и продолжительного сна, характерное также для кокаиновой абстиненции. Около 2% населения США когда-либо в своей жизни проявляли симптомы зависимости от амфетаминов (Anthony et al., 1995).

Крэк — сильнодействующий, готовый к употреблению с помощью курения, свободноосновный кокаин.

Амфетамин — лекарственный препарат — стимулятор, полученный в лабораторных условиях.

<Вопросы для размышления. Хотя лекарственные препараты, несомненно, обладают воздействием на биологическом уровне, некоторые их первоначальные эффекты (они помогают нам чувствовать себя более комфортно в определенных ситуациях, успокаивают нас, облегчают боль или тонизируют) могут быть вызваны нашими ожиданиями относительно того, какое возможное действие на нас они окажут. Каким образом ученые могли бы планировать исследования, в результате которых можно было бы отделить воздействия этих веществ на биологическом уровне от эффектов, связанных с ожиданиями людей?>

Резюме

Стимуляторы — это вещества, которые увеличивают активность ЦНС. Их употребление может привести к интоксикации, злоупотреблению и зависимости, включая возникновение состояния абстиненции, характеризующегося такими симптомами, как депрессия, усталость и раздражительность. Кокаин вызывает состояние эйфории, стимулируя активность дофамина, норэпинефрина и серотонина в головном мозге. Амфетамины — стимулирующие препараты, полученные в лабораторных условиях, воздействуют подобным же образом.

Галлюциногены, каннабис (конопля) и комбинации психоактивных веществ.

Использование ряда других веществ также сопряжено с опасными последствиями для тех, кто их употребляет, и ставит общественное мнение перед дилеммой.

Галлюциногены вызывают бред, галлюцинации и другие изменения в сенсорном восприятии. Вещества, полученные из конопли, способны вызывать сенсорные изменения, но они также оказывают депрессивное и стимулирующее воздействие и поэтому рассматриваются отдельно от галлюциногенов в DSM-IV. И наконец, многие люди принимают комбинации психоактивных препаратов.

Галлюциногены.

Галлюциногены представляют собой вещества, которые вызывают мощные изменения в сенсорном восприятии, включая обострение восприятий человека и продуцирование иллюзий и галлюцинаций. Они дают ощущение выхода из обыденности такой степени, что эти переживания иногда называют «трипы» (от англ. слова trip — путешествие, поездка, а также галлюцинирование. — Прим. перев.). Галлюцинирования, или «трипы», могут быть возбуждающими или пугающими, то есть зависящими от того, как взаимодействует психика человека с данным препаратом. Галлюциногены также называют психо(то)миметическими или психоделическими препаратами (вызывающими галлюцинации). К галлюциногенам относится ЛСД (альфа-диэтиламид лизергиновой кислоты), мескалин (mescaline), псилоцибин (psilocybin) и МДМА (MDMA — метилендиоксиметамфетамин, «экстази»). ЛСД — один из самых известных и мощных галлюциногенов, был получен в 1938 году швейцарским химиком Альбертом Хоффманом (Albert Hoffman) из группы препаратов, имеющих природное происхождение, называемых эрго-алкалоиды (Ergot alkaloids — алкалоиды спорыньи, грибка *Claviceps purpurea*, паразитирующего на ржи, — Прим. перев.). В 60-е годы, десятилетие, в котором происходили волнения и разного рода общественные эксперименты, миллионы людей обратились к галлюциногенам как одному из способов расширения границ своей жизни.

В течение двух часов после приема ЛСД вызывает состояние галлюциногенной интоксикации, иногда называемое галлюцинозом, при котором отмечается обостренное восприятие окружающего, особенно зрительных восприятий, наряду с психическими изменениями и физиологическими симптомами. Люди могут концентрировать свое внимание на мельчайших деталях, например таких, как поры на коже или какие-то особенные травинки. Цвета могут казаться более яркими или приобретают пурпурные оттенки. Возможно возникновение иллюзий, когда предметы кажутся искаженными и могут передвигаться, говорить или изменять форму. Человек под влиянием ЛСД способен галлюцинировать — видеть людей, предметы или какие-то объекты, которых на самом деле нет.

В состоянии галлюциноза человек также может более четко воспринимать звуки, испытывать покалывание и онемение в конечностях или острее чувствовать тепло и холод. Некоторые люди очень сильно обжигаются при соприкосновении с огнем, который кажется им холодным под воздействием ЛСД. Препарат способен также вызывать переходящие ощущения или соощущения — эффект, называемый синестезией. Например, цвета можно «слышать» или «ощущать».

Галлюциноген — вещество, которое в основном вызывает мощные изменения в сенсорном восприятии, включая обострение восприятий человека и продуцирование иллюзий и галлюцинаций. Также носит название психотомиметического или психоделического препарата.

ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты) — галлюциногенный препарат, получаемый из алкалоидов спорыньи.

ЛСД способен вызывать перепады в настроении от состояния радости до состояния тревоги или депрессии. Под его воздействием значительно ослабляется способность восприятия реального времени. Могут вернуться давно забытые мысли и чувства. Отмечаются такие физические симптомы, как повышенное потоотделение, учащенное сердцебиение, тремор и нарушения координации. Все эти проявления отмечаются тогда, когда наркоман находится в бодрствующем состоянии, и исчезают приблизительно через 6 часов.

По-видимому, ЛСД вызывает подобные эффекты тем, что препятствует определенным нейронам высвобождать нейротрансмиттер серотонин (Jacobs, 1994, 1984). Обычно эти нейроны способствуют передаче визуальной информации в головном мозге и помогают сохранять контроль над эмоциями (об этом говорилось в главе 6); таким образом, воздействие ЛСД на эти нейроны вызывает различные визуальные и

эмоциональные проявления.

< **Инспирированное искусство.** Психоделическое искусство в 1960-е годы проникло буквально повсюду. В рекламе, одежде, на конвертах грампластинок и книжных обложках появились его образы, вдохновленные теми ощущениями, которые возникают под воздействием психоделических препаратов, таких как ЛСД. >

Более 7% населения США когда-либо в своей жизни употребляли ЛСД (SAMHSA, 1996). Хотя у людей обычно не вырабатывается толерантность по отношению к этому наркотику и нет абстинентных реакций при прекращении приема препарата, ЛСД представляет собой опасность как для тех, кто попробовал его лишь однажды, так и для тех, кто применяет его длительное время. Это настолько мощный препарат, что любая незначительная доза способна вызвать сильнейшие ответные реакции со стороны организма — изменения восприятия, эмоционального фона и поведения. Иногда эти реакции доставляют чрезвычайно неприятные переживания, называемые «bad trip» — «скверное путешествие».

Молодая женщина в возрасте 21 года доставлена в больницу вместе со своим любовником. Он неоднократно применял ЛСД и убедил эту женщину принять наркотик, чтобы заставить ее быть менее сдержанной в сексуальном плане. Через полчаса после приема около 200 микрограммов ЛСД она стала замечать, что кирпичи в стене шевелятся и что свет действует на нее странным образом. Она испугалась, когда осознала, что не в состоянии отличить свое тело от стула, на котором сидела, или от тела своего любовника. Страх стал еще более выраженным после того, как она подумала, что не сможет вернуться назад в свое тело. При госпитализации пациентка проявляла повышенную активность и неуместный смех. Ее речевой поток отличался бессвязностью и эмоциональной лабильностью. Через два дня эти реакции исчезли (Frosch, Robbins & Stern, 1965).

Некоторые истории болезней людей, пострадавших от использования ЛСД, описывают тяжелые последствия такого рода.

Другая опасность ЛСД заключается в том, что препарат может оказывать действия, долгосрочные по своему характеру. У некоторых наркоманов развиваются психотические реакции, перепады в настроении или тревожные состояния. Около четверти наркоманов испытывают переживания, называемые **флэшбек** (от кинематографического термина flashback — кадр, прерывающий повествование, чтобы в сжатом виде повторить ранее показанные события. — Прим. ред.) — сенсорные и эмоциональные реакции, которые повторяются вновь спустя длительный период времени, в течение которого ЛСД не принимался (АРА, 1994). Флэшбеки могут наблюдаться по прошествии нескольких дней или даже месяцев после последнего приема ЛСД. Некоторые люди сообщают о том, что переживали состояния флэшбека спустя пять и более лет после приема наркотика.

Каннабис (конопля).

Cannabis sativa («конопля полезная» — лат.) — сорт конопли, произрастающий в теплом климате по всему миру. Препараты, полученные из различных сортов конопли, представляют собой **группу наркотических веществ, названную каннабис**. Наиболее сильнодействующим из них является гашиш; более слабым эффектом обладает хорошо известная **марижуана** — смесь измельченных листьев и цветущих верхушек. Из нескольких сотен активных химических компонентов конопли тем, который ответственен за ее воздействие, очевидно является

тетрагидроканнабинол (ТГК). Чем выше содержание ТГК, тем более сильным действием обладает конопля. При курении конопля оказывает смешанное галлюциногенное, успокаивающее и стимулирующее воздействие. В низких дозах она обычно вызывает чувство радости и спокойствия и может сделать людей тихими или же, наоборот, болтливыми. Некоторые курильщики, однако, делаются тревожными, подозрительными или раздражительными, особенно если они находятся в дурном настроении или в не подходящей для них обстановке. Большинство курильщиков рассказывают об обострении восприятий и фокусировке внимания на усиливающих звуках и зрительных образах, которые они слышат и видят вокруг себя. Кажется, что течение времени замедляется, а расстояние больше, чем они есть на самом деле. Такое предельное состояние — интоксикация, вызванная препаратами группы каннабиса. Физиологические симптомы интоксикации включают в себя покраснение глаз, учащенное сердцебиение, повышение артериального давления крови, увеличение аппетита, сухость во рту и головокружение. Некоторые люди становятся сонными и могут впасть в состояние сна.



Источник марихуаны. Марихуана делается из листьев конопли *Cannabis sativa* («конопля полезная»). Однолетнее травянистое растение, достигающее в высоту от 3 до 15 футов и произрастающее повсеместно на возвышенных местах в достаточно широком диапазоне погодно-климатических условий и на различных почвах.

Флэшбек («вспышка прошлого») — возврат эффекта ЛСД в виде сенсорных и эмоциональных реакций спустя длительный период времени, в течение которого препарат не принимался.

Наркотические препараты группы каннабис — препараты, получаемые из различных сортов конопли *Cannabis sativa* («конопля полезная»). Они оказывают смешанное галлюциногенное, успокаивающее и стимулирующее воздействие.

Марихуана — наркотический препарат группы каннабис, делается из листьев и цветущих верхушек растения *Cannabis sativa*.

Тетрагидроканнабинол — основной активный алкалоид, содержащийся в конопле. В больших дозах конопля вызывает странные визуальные эффекты: искаженные представления о собственном теле и галлюцинации (Mathew et al., 1993). Курильщики могут проявлять спутанность сознания или чрезмерную импульсивность. У некоторых возникает убежденность, что другие люди намереваются причинить им физический вред. Самое сильное воздействие от приема конопли ощущается в течение 3-6 часов. Колебания в настроении, однако, могут длиться гораздо дольше (Chait, Fishman & Schuster, 1985).

Злоупотребление марихуаной и зависимость от нее

До начала 70-х годов употребление марихуаны — препарата, обладающего более слабым действием по сравнению с другими препаратами группы каннабис, редко приводило к возникновению злоупотребления и зависимости. Сегодня, однако, множество людей, включая учащихся средних школ, злоупотребляют марихуаной: они регулярно ловят кайф от марихуаны, их социальные взаимоотношения, работа и учеба в значительной степени зависят от систематического употребления наркотика (рис. 10.2). Многие из тех, кто регулярно использует марихуану, становятся зависимыми от нее. У них вырабатывается толерантность к марихуане, и они испытывают симптомы абстиненции, напоминающие грипп, когда прекращают курение (Ray & Ksir, 1993). Приблизительно 4% всего населения в США в какие-то периоды своей жизни находятся в состоянии зависимости от марихуаны (Anthony et al., 1995).

Почему за последние два десятилетия возросло количество людей, злоупотребляющих марихуаной и зависимых от нее? Главным образом потому, что изменился сам наркотик. Марихуана, доступная на сегодняшний день в США, стала в два и даже десять раз эффективнее той, которая использовалась в начале 70-х годов. Содержание ТГК в современной марихуане составляет до 10-15% по сравнению с 1-5% ТГК марихуаны конца 60-х годов (АРА, 1994). Очевидно, марихуана сейчас изготавливается из конопли, произрастающей в жарком, сухом климате, а это способствует увеличению в ней содержания ТГК (Weisheit, 1990).

Опасность марихуаны

В то время как марихуана стала обладать более сильным действием, в связи с чем возросло ее употребление, исследователи обнаружили, что курение марихуаны может представлять собой определенную опасность. Оно эпизодически вызывает приступы паники, подобные тем, которые возникают при приеме галлюциногенов, и некоторые курильщики могут испытывать страх потерять рассудок (Ray & Ksir, 1993). Обычно такие реакции проходят через 3-6 часов вместе с другими симптомами, вызванными марихуаной.

Согласно проведенным исследованиям, с марихуаной связано большое количество автомобильных аварий. Очевидно, она может препятствовать процессу выполнения сложных сенсорно-двигательных операций (Volkow et al., 1995; Goodman & Gilman, 1990) и влиять на функции сознания (Hall & Solowij, 1997; Pope & Yurgelun-Todd, 1996). Люди, употребляющие большие дозы марихуаны, часто не способны запоминать информацию, особенно новую, несмотря на все попытки сконцентрировать свое внимание. Таким образом, у заядлых курильщиков марихуаны часто возникают трудности с учебой и работой.

Существуют данные о том, что систематическое курение марихуаны чревато последствиями длительного характера. Например, оно способствует возникновению легочных заболеваний. Исследования установили тот факт, что от курения марихуаны сильнее, чем от табака, ослабляется способность легких выталкивать отработанный воздух. Кроме того, в дыме от марихуаны содержится больше канцерогенных смол и бензопирена по сравнению с табачным дымом (Ray & Ksir, 1993). Систематическое курение марихуаны оказывает влияние на репродуктивную функцию человека. С помощью исследований, проводимых с конца 70-х годов, было установлено, что у мужчин, систематически занимающихся курением марихуаны, понижено содержание сперматозоидов в семенной жидкости, а у женщин, курящих марихуану, возникают нарушения овуляции (Nahas, 1984; Hembree, Nahas & Huang, 1979).

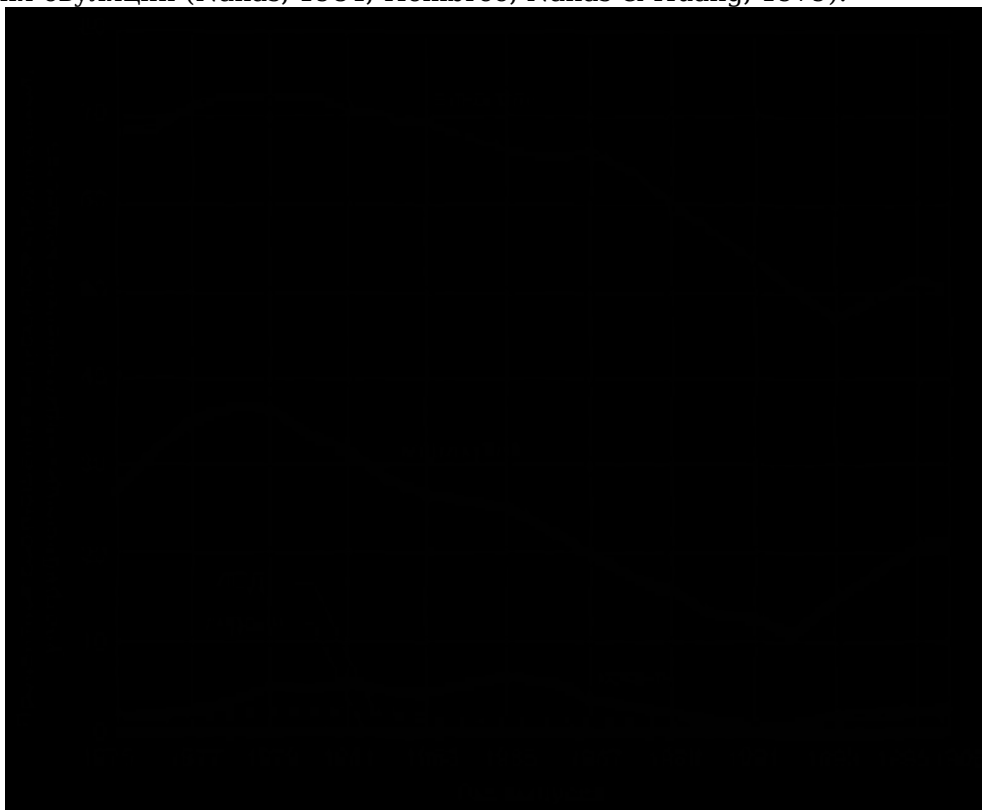


Рисунок 10.2. Подростки и употребление психоактивных веществ. Общее

процентное соотношение выпускников средних школ, которые признались в том, что нелегально употребляли наркотические вещества, по крайней мере, один раз за 30-дневный период проводимых исследований, возросло в 70-е годы, уменьшилось в 80-е и вновь возросло в 90-е годы (NIDA, 1996).

Усилия, направленные на просвещение людей по поводу возрастающей угрозы обществу со стороны тех, кто систематически употребляет марихуану, стали приносить плоды в 80-е годы. Процент выпускников средних школ, ежедневно курящих марихуану, сократился с 11% в 1978 году до 2% в 1992 году (Johnston et al., 1993). Кроме того, в 1992 году около 77% выпускников, намного больше, чем прежде, сознавали тот факт, что при систематическом курении марихуаны возникает серьезная опасность для здоровья (Johnston et al., 1993). Однако употребление марихуаны в молодежной среде вновь возросло в 90-е годы (рис. 10.3). На сегодняшний день более 5% выпускников средних школ ежедневно курят марихуану и менее 60% сознают, что это пагубно влияет на здоровье (Johnston et al., 1996; NIDA, 1995).

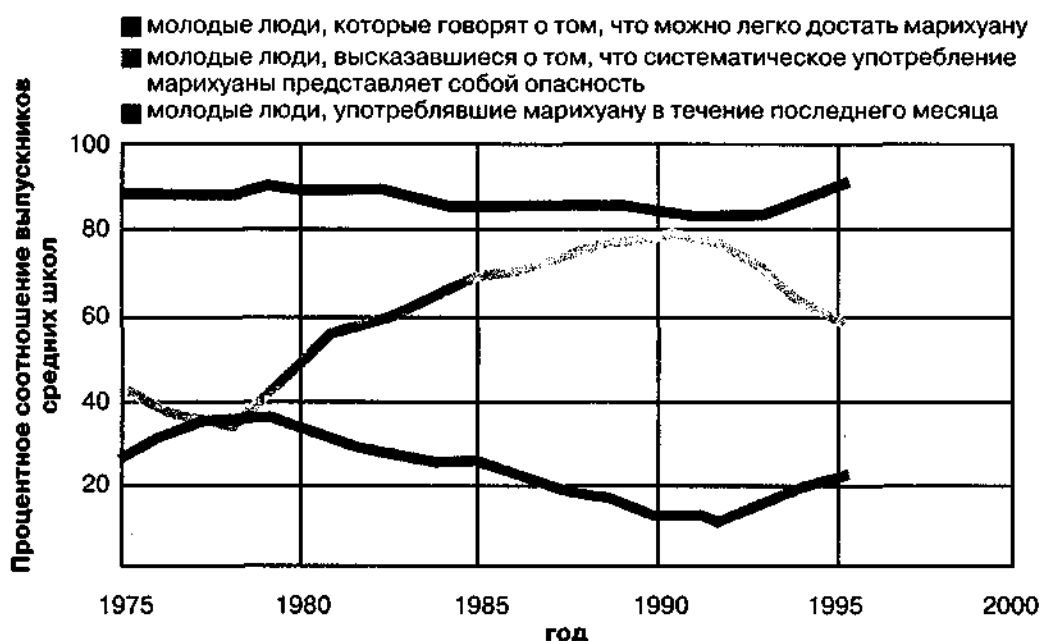


Рисунок 10.3. Изменение тенденций. В 80-е годы наблюдался устойчивый рост процентного соотношения выпускников средних школ, считающих систематическое употребление марихуаны опасным, и, соответственно, наблюдалось устойчивое снижение процентного соотношения систематически употребляющих марихуану. Эта тенденция поменяла направленность в 90-е годы. Сегодня лишь немногие выпускники считают, что употребление марихуаны представляет собой опасность и гораздо большее число школьников употребляют ее. В любом случае наркотик остается очень доступным (NIDA, 1996).

<Психологические заметки. Применение психоактивных веществ — нелегальное, легальное, в медицинских целях — популярная тема современной музыки, особенно той, которую предпочитают подростки и молодежь. Некоторые популярные группы берут себе названия психоактивных препаратов — Morphine, Xanax 25 и Halcion. Диапазон хитов — от песен «Heroin» и «Sweet Jane» группы The Velvet Underground и «Cocaine» Эрика Клэптона до песен «I wanna get high» и «Insane in the Brain» группы Cypress Hill, «Lithium» группы Nirvana и «Drugs» группы Lil-Kim.>

Каннабис (конопля) и общество

Столетиями конопля играла важную роль в медицине. Две тысячи лет тому назад китайские врачи советовали применять ее в качестве анестезирующего средства в хирургии, а в других странах ее использовали для лечения холеры, малярии, кашля, бессонницы и ревматизма. Когда в начале XX века конопля появилась в США, главным образом в виде марихуаны, ее сначала использовали для различных медицинских целей. Вскоре, однако, ее место заняли более эффективные лекарственные средства, и положительное представление о конопле стало изменяться. Коноплю начали использовать как препарат, относящийся к сфере развлечений, и ее нелегальное распространение стало преследоваться законом. Власти признали, что конопля представляет собой большую опасность, и в конце концов «травя-убийца» была

запрещена.

Однако с марихуаной не было покончено. В 60-е годы, время крушения иллюзий, протестов и самоисследований, молодые люди открыли для себя удовольствие получать кайф от курения марихуаны. К концу 70-х годов 16 млн. человек сообщали о том, что употребляли марихуану по крайней мере однажды, и 11% населения стали использовать наркотик недавно.

В 80-е годы исследователи разработали гораздо более эффективные способы измерения содержания ТГК и методы экстрагирования чистого ТГК из конопли; они также, синтезировали ТГК в лабораторных условиях. Эти разработки открыли дорогу новым возможностям применения препаратов группы каннабис в медицине (Ray & Ksir, 1993). Препараты каннабис начали использовать для лечения глаукомы — тяжелого заболевания глаз. Также было обосновано их использование для лечения астмы. Поскольку ТГК помогает предотвратить возникновение тошноты и рвоты, он стал применяться среди больных раком, у которых такие реакции вызваны химиотерапией (Plass et al., 1991). Некоторые исследователи высказали предположение о том, что ТГК также может улучшать аппетит больных СПИДом и, следовательно, препятствует у них потере веса (Johnson, 1996; Plasse et al., 1991).

В свете данных открытий общественные круги, представляющие различные интересы, начали кампанию за легализацию марихуаны в медицинских целях. Однако в 1992 году Администрация по контролю за применением законов о наркотиках (Drug Enforcement Administration) вынесла решение против этого, а Управление по контролю за продуктами питания и лекарственными препаратами (Food and Drug Administration) даже прекратило рассматривать предложения по поводу «использования марихуаны из соображений сострадания к больным» (Karel, 1992). Сторонники легального использования марихуаны полагали, что рецепты на чистый ТГК, выписанные врачом, удовлетворяют все необходимые медицинские назначения.

Все же защитники такой позиции снова подняли эту проблему во время выборов 1996 года. В Калифорнии и Аризоне были проведены референдумы, решения которых имеют силу закона. Они предоставляли право врачам выписывать марихуану для «тяжелобольных» или «страдающих смертельным недугом» пациентов. Федеральное правительство в ответ пригрозило аннулировать право выписывать рецепты тем врачам, кто прописывает марихуану, или даже преследовать их в судебном порядке. Многие врачи, оскорбленные такой позицией правительства по данному вопросу, открыто вступили в бой. В 1997 году журнал New England Journal of Medicine — одно из ведущих мировых изданий по медицине, поместил редакционную публикацию, в которой высказывалось одобрение использования марихуаны в медицинских целях. В дальнейшем журнал назвал угрозы правительства «вводящими в заблуждение, неуклюжими и бесчеловечными».

Комбинации психоактивных веществ.

Так как люди зачастую принимают несколько психоактивных препаратов одновременно (практика, которая носит название **полинаркомания** (polysubstance use)), исследователи изучают способы взаимодействия препаратов друг с другом. Когда различные вещества попадают в организм в одно и то же время, они могут усиливать воздействие друг друга. Комбинированное воздействие, называемое **синергическим эффектом**, часто оказывается более сильным по сравнению с суммой воздействий от каждого препарата в отдельности: маленькая доза одного препарата, смешанная с маленькой дозой другого препарата, способна вызвать огромные изменения в химии организма.

Один вид синергического эффекта наблюдается в том случае, когда два или несколько препаратов обладают подобными действиями. Например, алкоголь, бензодиазепины, барбитураты и опиоиды — все они являются депрессантами, при смешивании способны сильно угнетать активность ЦНС (Miller & Gold, 1990). Их сочетание даже в небольших дозах может вызвать интоксикацию крайней степени, состояние комы и даже смерть (Nishino et al., 1995). Например, молодой человек может просто выпить на вечеринке несколько рюмок спиртных напитков, а вскоре после этого принять небольшую дозу барбитуратов, чтобы помочь себе заснуть. Он полагает, что действует со всей осторожностью и рассудительностью, тем не менее рискует никогда не проснуться.

Другой вид синергического эффекта получается в том случае, когда препараты проявляют противоположные или антагонистические действия (Braun, 1996).

Например, препараты-стимуляторы препятствуют обычной работе печени по расщеплению барбитуратов и алкоголя. Таким образом, у людей, сочетающих прием

барбитуратов или алкоголя с кокаином или амфетаминами, в организме может накопиться опасная концентрация препаратов-депрессантов. Студенты, которые принимают амфетамины для того, чтобы заниматься до поздней ночи, а затем принимают барбитураты, чтобы заснуть, подвергают себя серьезной опасности. Каждый год десятки тысяч людей попадают в больницы в критическом состоянии, вызванном приемом целого ряда психоактивных препаратов, и несколько тысяч из них умирают (DAWN, 1997). Иногда это происходит по причине небрежности и элементарного невежества. Однако зачастую люди употребляют несколько препаратов совершенно сознательно, чтобы насладиться синергическими эффектами. Действительно, в США, Канаде и Европе расстройства, вызванные полинаркоманией, становятся столь же распространенными, как и расстройства, вызванные приемом какого-либо одного вещества (Newcomb, 1994; Miller et al., 1990). До 90% людей, регулярно принимающих один запрещенный препарат, также используют до некоторой степени и другие препараты (Cornish et al., 1995).

Некоторые знаменитости стали жертвами злоупотребления целого ряда психоактивных веществ. Искусное балансирование Элвиса Пресли между стимуляторами и депрессантами в конечном итоге погубило его. То, что Дженис Джоплин смешивала вино и героин, в конце концов оказалось для нее фатальным. Пристрастия Джона Билуши, Ривера Феникса и Криса Фарли к употреблению смеси кокаина и опиоидов («speedballes») также привели их к трагическому финалу.

Синергический эффект — в фармакологии усиление эффекта воздействий, которое имеет место, когда несколько лекарственных препаратов действуют в организме одновременно.

Полинаркомания — расстройство, вызванное употреблением целого ряда психоактивных веществ. Форма неадекватного поведения, длительная по своему характеру, которая концентрируется на злоупотреблении или зависимости от комбинации ряда психоактивных препаратов.

Резюме

Галлюциногены. Галлюциногены, такие как ЛСД, — это вещества, которые вызывают сильнейшие изменения, главным образом в сенсорном восприятии. При приеме галлюциногенов происходит обострение восприятий и могут появляться иллюзии и галлюцинации. ЛСД, очевидно, вызывает такие эффекты, препятствуя процессу высвобождения нейротрансмиттера серотонина. ЛСД обладает чрезвычайно мощным воздействием и при его употреблении возможно появление таких реакций, как «плохое путешествие» (bad trip) или «вспышка прошлого» (flashback).

Каннабис (конопля). Основным активным алкалоидом, выделенным из конопли *Cannabis sativa*, является тетрагидроканнабинол (ТГК). Марихуана, самая распространенная форма препаратов группы каннабис, обладает на сегодняшний день более мощным действием по сравнению с марихуаной, использовавшейся в прошлом. Она может вызвать состояние интоксикации, а ее систематическое употребление приводит к возникновению злоупотребления и зависимости.

Комбинации психоактивных веществ. Многие принимают несколько психоактивных препаратов одновременно, при этом происходит взаимодействие препаратов друг с другом. Одновременное использование двух и более препаратов получает все большее распространение. В связи с этим расстройства, вызванные употреблением целого ряда психоактивных веществ, становятся серьезной проблемой.

< **Deja vu.** Полинаркомания, в частности, использование смеси кокаина и опиоидов, оказалось роковым для артистов Джона Билуши (слева) и Криса Фарли (справа), изображенных в момент их выступления в телевизионном шоу Saturday Night Live. Фарли часто высказывал восхищение по поводу таланта Билуши и его стиля жизни.>

Объяснения причин расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

Клинические теоретики предлагают объяснения причин возникновения у людей злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ с разных точек зрения: социально-культурной, психологической и биологической. Ни одна из этих точек зрения, однако, не получила четких подтверждений с помощью исследований. Подобно многим другим заболеваниям, неумеренное и систематическое употребление психоактивных препаратов все более понимается как результат взаимодействия всех этих факторов.

Социокультурная точка зрения.

Ряд теоретиков, сторонников социокультурной точки зрения, высказывает предположение о том, что у людей, живущих в тяжелых социально-экономических условиях, велика вероятность возникновения злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них. Действительно, исследования подтверждают тот факт, что в регионах, где выше уровень безработицы, наблюдается более высокий процент людей, страдающих алкоголизмом (Linsky, Strauss & Colby, 1985). Аналогично, среди низших слоев общества выше процент людей, злоупотребляющих психоактивными веществами, по сравнению с остальными общественными слоями (Smith, North & Spitznagel, 1993; Beauvais, 1992).

Другие сторонники социокультурной точки зрения предполагают, что злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от них проявляются в тех семьях и в том социальном окружении, где придается большое значение или, по крайней мере, одобряется употребление препаратов такого рода. Действительно, исследователи подтверждают, что пьянство больше распространено в среде подростков, чьи родители и ровесники пьют, а также в среде подростков, чьи семьи находятся в трудном положении и без средств к существованию (Shucksmith, Glendinning & Hendry, 1997; Wills et al., 1996). Кроме того, процент злоупотребляющих алкоголем ниже среди евреев и протестантов, для которых выпивка обычно допустима только в случае, если она остается в определенных границах, тогда как процент страдающих алкоголизмом выше среди ирландцев и восточно-европейцев, у которых нет склонности к самоограничению (Kohn & Levay, 1995; Vaillant & Milofsky, 1982). Объяснения причин злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них с социокультурных позиций получили подтверждение с помощью проведения обширных исследований, в которых сравнивалось употребление психоактивных препаратов людьми из разных слоев общества и различных культур. Однако, как и в случае других психических заболеваний, социокультурная точка зрения не в состоянии объяснить, почему лишь у некоторых людей из тех, кто сталкивается с неблагоприятными социальными условиями, развиваются расстройства, связанные со злоупотреблением и зависимостью от психоактивных веществ. Объяснения с психологических (психодинамических и бихевиористских), а также с биологических позиций пытаются рассмотреть этот вопрос более глубоко.

Психодинамическая точка зрения.

Сторонники психодинамической точки зрения считают, что люди, злоупотребляющие психоактивными веществами и зависимые от них, имеют сильные потребности в такой зависимости, следы которых можно обнаружить в раннем детском возрасте (Shedler & Block, 1990; Abadi, 1984). Сторонники этой теории выдвигают предположение о том, что в том случае, когда родители не удовлетворяют потребностям маленького ребенка в заботе и внимании, ребенок, вероятно, вырастает излишне зависимым от других людей, ища у них помощи и утешения и пытаясь получить заботу и внимание, которых ему не доставало в детстве. Если этот поиск внешних источников поддержки включает экспериментирование с психоактивными препаратами, человек может выработать зависимость по отношению к таким веществам.

Некоторые приверженцы психодинамической теории также полагают, что у определенных людей в ответ на лишения, имевшие место в их детском возрасте, развиваются свойства, характерные для личности, злоупотребляющей психоактивными веществами, которые делают их склонными к злоупотреблению этими препаратами.

Тесты, изучающие свойства характера, и опросы пациентов указывают на то, что люди, злоупотребляющие психоактивными веществами или зависимые от них, бывают более склонны к несамостоятельности, необщительности, импульсивности, поискам новизны и депрессии по сравнению с другими (Musse & Tremblay, 1997; Calsyn et al., 1996). Изучение таких взаимосвязей, однако, не вносит ясности в вопрос: черты характера личности способствуют возникновению потребности в употреблении психоактивных препаратов или же употребление психоактивных препаратов делает людей зависимыми, импульсивными и тому подобное?

Для того чтобы лучше понять причинную взаимосвязь, было проведено изучение по определению черт характера большой группы непьющих молодых мужчин, а затем прослежена дальнейшая судьба каждого из этих мужчин (Jones, 1971, 1968). Черты характера мужчин, у которых в зрелые годы возникли проблемы, связанные с употреблением алкоголя, сравнивались с чертами характера тех, у кого таких проблем не было. Мужчины, которые стали употреблять алкоголь, проявляли большую

импульсивность в подростковом возрасте и продолжали оставаться такими в зрелые годы, подтверждая тем самым, что импульсивные мужчины действительно могут быть более склонны к алкоголю. Аналогично, в одном лабораторном исследовании было установлено, что «импульсивные» крысы — те, которые обычно испытывали беспокойство по поводу задержки кормления, выпивали больше алкоголя по сравнению с остальными (Poulos, Le & Parker, 1995).

Основная трудность подобных исследований заключается в том, что со злоупотреблением психоактивными веществами и зависимостью от них связан слишком широкий диапазон черт личности. Действительно, различные исследования указывают на разные «ключевые» черты характера. Ввиду того, что одни люди, выработавшие у себя привыкание к психоактивным препаратам, проявляют несамостоятельность, другие импульсивность, третьи необщительность, исследователи не могут на данный момент сделать вывод о том, какая черта личности или набор черт выделяет людей с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (Rozin & Stoess, 1993).

<Вопросы для размышления. Среди различных этнических, религиозных и национальных групп наблюдается разное процентное соотношение людей, злоупотребляющих алкоголем. Какие социальные факторы могли бы объяснить такие наблюдения? Можем ли мы быть уверены в том, что биологические факторы не играют роли в этом вопросе?>

Патология и искусство

Погоня за кайфом, к чему она может привести

Джонатан Мелвуэн, второй клавишник рок-группы Smashing Pumpkins, умер от передозировки героина в июле 1996 года. Вскоре пошли разговоры о том, что героин, который он принял, был «Red Rum», разновидность героина, поставляемая контрабандным путем из Колумбии. Его название «murder» — «убийца», прочитанное по буквам в обратном порядке, пришло из романа Стивена Кинга «Сияние». В течение буквально нескольких часов спрос на «Red Rum» на улицах Манхэттена, в Нижнем Ист Сайте резко увеличился. «Это своего рода болезнь, — сообщил газете «Нью-Йорк тайме» полицейский чин, занимающийся делами, связанными с наркотиками. — Когда люди умирают от чего-то или близки к смерти, вдруг происходит такая погоня, чтобы достать это».

<Вопросы для размышления. Почему люди так активно стремятся разыскать препараты, о которых известно, что они опасны для жизни? Какое влияние на подростков и молодежь может оказать использование наркотиков некоторыми рок-исполнителями? Кто оказывает большее воздействие на отношение подростков и молодежи к наркотикам: рок-исполнители, высказывающиеся против наркотиков, или рок-исполнители, превозносящие достоинства наркотиков?>

Бихевиористская точка зрения.

В соответствии со взглядами сторонников теории подкрепления (навыка, условного рефлекса), временное ослабление состояния напряжения или повышение настроения, вызываемое приемом психоактивных веществ, обладает подкрепляющим эффектом (rewarding effect), увеличивая вероятность того, что те, кто употребляет такие вещества, будут стремиться ощутить эти реакции снова (Carpenter & Hasin, 1998; Hughes et al., 1995). Подкрепляющие эффекты психоактивных веществ могут также заставлять людей, их использующих, в конце концов принимать все более высокие дозы или применять более сильнодействующие способы введения (табл. 10.3). Проведенные в подтверждение данной теории исследования показали, что многие употребляют алкоголь или героин, когда ощущают внутреннее напряжение (Cooney et al., 1997; Cooper, 1994). В одном исследовании был проведен следующий эксперимент: испытуемые выполняли трудное задание — анаграмму, в то время как другой человек необоснованно критиковал и унижал их (Marlatt, Kosturn & Lang, 1975). Затем испытуемых попросили принять участие в «задании по дегустации спиртных напитков»; их задача заключалась в том, чтобы предположительно определить и сравнить разные алкогольные напитки. Раздраженные испытуемые выпивали большее количество алкоголя во время выполнения задания по сравнению с членами контрольной группы, которые не подвергались критике в момент опыта.

Сторонники теории подкрепления доказывают, что многие люди принимают психоактивные препараты для того, чтобы «вылечить» себя, когда они ощущают напряжение (Anthony et al., 1995; Khantzian, 1985). Если это так, то можно было бы ожидать, что процент злоупотребляющих психоактивными веществами выше среди тех, кто подвержен тревоге, депрессии или раздражению. Действительно,

злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от них, по-видимому, достаточно распространенные явления среди людей с расстройствами настроения. При изучении 835 клинических случаев депрессии было установлено, что более четверти больных злоупотребляли психоактивными препаратами во время периодов депрессии (Hasin, Endicott & Lewis, 1985). Аналогично, было обнаружено, что процент злоупотребляющих психоактивными препаратами выше обычного среди людей с посттравматическими расстройствами (Najavits et al., 1998), нарушениями процесса пищеварения (Higuchi et al., 1997), шизофренией (Regier et al., 1990), личностными изменениями, связанными с расстройством коммуникативных способностей (Brooner et al., 1997), среди людей, злоупотреблявших в анамнезе какими-либо препаратами (Yama et al., 1993) и имеющих другие психологические проблемы (Kessler et al., 1997). Другие сторонники бихевиористской точки зрения высказывают предположение, что классическое формирование условных рефлексов может играть роль в возникновении злоупотребления психоактивными препаратами и зависимости от них (Remington, Roberts & Glautier, 1997; Childress et al., 1993, 1988, 1984). Объект, символизирующий собой процесс приема препарата, может действовать как классический условно-рефлекторный стимул и доставлять то же удовольствие, которое вызывает сам препарат. Известно, что один вид иглы для подкожных инъекций, например, или личность регулярного поставщика наркотика могут успокоить человека, злоупотребляющего героином или амфетаминами, и ослабить его абстинентные симптомы (Meyer, 1995).

Аналогичным образом, предметы окружающие человека во время абстинентного дистресса, могут вызывать симптомы, похожие на абстинентные (Meyer, 1995; Childress et al., 1993, 1988). Один мужчина, который прежде был наркоманом и употреблял героин, испытал тошноту и другие абстинентные симптомы, когда вернулся в то место, где в прошлом пережил состояние абстиненции. Такая реакция заставила его снова начать принимать героин (O. Brien et al, 1975).

<«При искушении возьми Лаки». — Реклама сигарет Lucky Strikes 1930 года, предназначенная для женщин, придерживающихся диеты>

<**Психологические заметки.** Животные иногда употребляют различные вещества для получения удовольствия или снятия стресса. В Перу ламы приобретают резвость, поедая содержащие кокаин листья куста коки. Кузнечики, питающиеся листьями дикой конопли, способны прыгать необычайно высоко. Слоны отыскивают перезрелые забродившие плоды (Siegel, 1990).>

Биологическая точка зрения.

В последние годы исследователи стали высказывать предположение о том, что многие случаи злоупотребления психоактивными препаратами отчасти вызваны биологическими причинами. Изучение генетической предрасположенности и биохимических процессов, кажется, подтверждает эти предположения.

Таблица 10.3. Способы приема веществ

Способ	Путь	Время начала воздействия на головной мозг
Вдыхание (ингаляция)	Препарат в виде аэрозолей вдыхается через рот, попадает в легкие, а затем в кровеносную систему	7 секунд
Вдыхание	Препарат в виде порошка вдыхается носом. Часть порошка, попадая на слизистую оболочку носа, поглощается кровеносными сосудами и попадает в кровь	4 минуты
Инъекция	Препарат в жидком виде вводится непосредственно с помощью укола. Инъекция может быть внутривенной или внутримышечной (подкожной)	20 секунд (внутривенно) 4 минуты (внутримышечно)
Пероральное введение	Препарат в твердой или жидкой форме поступает в пищевод и желудок и в конце концов достигает тонкого кишечника, где поглощается кровеносными сосудами кишечника	30 минут
Другие способы введения	Препараты могут поглощаться различными зонами слизистых оболочек. Их кладут под язык, вводят анально и вагинально и	Различное

Генетическая предрасположенность

В течение многих лет исследователи проводили большое количество экспериментов для того, чтобы выяснить, проявляют ли животные генетическую предрасположенность к возникновению зависимости от психоактивных препаратов (Kurtz et al., 1996; Azar, 1995). В ряде опытов исследователи определяли животных, которые предпочитали алкоголь остальным напиткам, спаривали их друг с другом и обнаружили, что полученное потомство проявляет ту же привязанность (Melo et al., 1996).

Аналогичным образом, изучение человеческих близнецов навело на мысль о том, что люди могут наследовать предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами, возникающему при неблагоприятных жизненных обстоятельствах (Kendler et al., 1994, 1992; Goodwin, 1984, 1976). В одном классическом исследовании было установлено, что коэффициент соответствия злоупотребляющих алкоголем в группе однояйцевых близнецов составлял 54%. Это означает, что если один однояйцевый близнец злоупотреблял алкоголем, другой близнец тоже злоупотреблял алкоголем. Напротив, группа разнояйцевых близнецов имела коэффициент соответствия только 28% (Kaij, 1960). Как мы наблюдали, однако, такие данные не исключают других интерпретаций. Прежде всего, родители могут оказывать почти одинаковое влияние на однояйцевых близнецов в отличие от разнояйцевых близнецов. Серьезным подтверждением того, что генетика может играть роль в возникновении злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них, явились исследования, изучавшие процент алкоголиков среди людей, усыновленных сразу после своего рождения (Cadoret et al., 1995; Goldstein, 1994). Эти исследования провели сравнение усыновленных, чьи биологические родители были зависимыми от алкоголя, с усыновленными, чьи биологические родители таковыми не являлись. Во взрослом состоянии индивидуумы, чьи биологические родители имели алкогольную зависимость, демонстрировали более высокий процент злоупотребления алкоголем по сравнению с теми, чьи биологические родители не были алкоголиками.

Используя генетические связи и методы молекулярной биологии, исследователи установили непосредственную взаимосвязь между аномальными генами и расстройствами, вызванными использованием психоактивных веществ (Chen et al., 1996; Melo et al., 1996). Одно направление исследований установило, что аномальная форма так называемого дофамин-2 (D2) рецепторного гена была представлена у большинства лиц с алкогольной зависимостью и у половины лиц с кокаиновой зависимостью, но присутствовала лишь приблизительно у 20% людей, не проявляющих какой-либо зависимости (Lawford et al., 1997; Blum & Noble, 1993). Ряд исследователей указывает на присутствие других сцепленных с дофамином генов при расстройствах, вызванных использованием психоактивных веществ (Nash, 1997).

Биохимические факторы

В течение последних нескольких десятилетий ученые обобщили биологическое понятие толерантности по отношению к лекарственным препаратам и понятие абстиненции (Wise, 1996). Как мы видели, при приеме внутрь какого-либо лекарственного препарата, он начинает усиливать активность определенных нейротрансмиттеров, которые обычно действуют так, чтобы успокоить, снять боль, поднять настроение или усилить бдительность. При продолжении приема данного препарата мозг, по-видимому, приспосабливается и сокращает свою собственную выработку нейротрансмиттеров (Goldstein, 1994). Так как лекарственный препарат усиливает активность определенных нейротрансмиттеров, работа мозга по выработке этих нейротрансмиттеров становится менее нужной. При увеличении количества принимаемого препарата выработка нейротрансмиттеров в организме продолжает сокращаться, заставляя человека принимать все большие и большие дозы для достижения желаемого эффекта. Таким образом, человек, принимающий препарат, вырабатывает по отношению к нему толерантность, полагаясь больше на этот препарат, чем на биологические процессы собственного организма, для того чтобы ощущать спокойствие, комфорт, хорошее настроение или проявлять повышенную бдительность. При внезапном прекращении приема препарата содержание нейротрансмиттеров в течение некоторого времени остается пониженным и человек испытывает ужасные ощущения. Абстинентные симптомы будут проявляться до тех пор, пока мозг не возобновит нормальную выработку необходимых нейротрансмиттеров.

Какие именно нейротрансмиттеры перестают вырабатываться в нормальном

количестве, зависит от используемого препарата. Систематическое и чрезмерное употребление алкоголя или бензодиазепинов может понизить в головном мозге выработку нейротрансмиттера ГАМК; систематическое использование опиоидов может уменьшить выработку мозгом эндорфинов; а систематическое использование кокаина или амфетаминов вызывает снижение выработки мозгом дофамина (Fowler, Volkow & Wolf, 1995). Кроме того, исследователи, кажется, чрезвычайно близки к тому, чтобы идентифицировать нейротрансмиттер, который действует почти как ТГК; чрезмерное употребление марихуаны вызывает снижение выработки этого нейротрансмиттера (Biegon & Kerman, 1995; Fackelmann, 1993).

Такая модель помогает объяснить, почему люди, систематически употребляющие психоактивные вещества, могут вырабатывать к ним толерантность и испытывают абстинентные реакции. Но почему использование психоактивных препаратов настолько оправдывает себя и почему некоторые люди в первую очередь обращаются к ним? Результатом недавнего шквала исследований в области получения изображений головного мозга стало предположение о том, что многие, а возможно, и все психоактивные препараты и наркотики в конечном счете активизируют **центр удовольствия**, или «проводящий путь удовольствия» в головном мозге (Volkow et al., 1997). Ключевым нейротрансмиттером в этом центре удовольствия является дофамин. Когда дофамин там активирован, человек испытывает состояние удовольствия. Музыка способствует активации дофамина в центре удовольствия. Такое же воздействие может оказывать крепкое объятие или похвала. И так же действуют психоактивные препараты.

Некоторые препараты, очевидно, оказывают прямое стимулирующее воздействие на центр удовольствия. Вспомним, что кокаин и амфетамины непосредственно увеличивают активность дофамина. Другие препараты, по-видимому, стимулируют центр удовольствия непрямыми путями. Биохимические реакции, вызываемые алкоголем, опиоидами, марихуаной и никотином, запускают химические процессы, которые в конце концов приводят к увеличению активности дофамина в центре удовольствия (Volkow et al., 1997; Goldstein, 1994).

Ряд теоретиков предполагают, что люди, злоупотребляющие психоактивными препаратами, страдают от **синдрома дефицита удовольствия**, их центры удовольствия не получают достаточной активации в повседневной жизни (Nash, 1997). Поэтому они обращаются к психоактивным препаратам для того, чтобы стимулировать свои центры удовольствия, особенно во время стресса. Высказывается предположение о том, что возможной причиной возникновения данного синдрома являются аномальные гены, такие как аномальный D2 рецепторный ген (Lawford et al., 1997).

Резюме

Для объяснения причин злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них были выдвинуты разные точки зрения. Исследования полностью не доказывают ни одну из них, но начинают проливать свет на природу данных расстройств.

В соответствии с социокультурной точкой зрения наиболее склонными к злоупотреблению психоактивными препаратами являются те, кто живет в условиях стресса, или те, в чьем семейном окружении одобряется или допускается употребление таких препаратов. Согласно психодинамической точке зрения, люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют сильные потребности в такой зависимости, следы которых можно обнаружить в раннем детском возрасте.

Некоторые сторонники этой теоретической модели также полагают, что определенные люди обладают свойствами, характерными для личности, злоупотребляющей психоактивными веществами, что и вызывает у них склонность к злоупотреблению. В основе бихевиористской точки зрения лежит предположение о том, что использование психоактивных препаратов сначала подкрепляется тем, что оно снимает напряжение и поднимает настроение.

Объяснение данной проблемы с биологических позиций, подтвержденное с помощью исследований среди близнецов и тех, кто был усыновлен, с помощью изучения генетических связей, и исследований, проведенных на молекулярно-биологическом уровне, предполагает наличие у людей наследственной предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ. Исследователи также установили, что при чрезмерном и систематическом употреблении какого-либо препарата толерантность к этому препарату и абстинентные симптомы могут быть вызваны снижением в головном мозге выработки определенных нейротрансмиттеров. Наконец, результаты биологических исследований наводят на мысль о том, что многие, а возможно, что и

все психоактивные препараты в конечном счете вызывают увеличение активности дофамина в центре удовольствия головного мозга.

<Привыкание к шоколаду? В связи с недавними исследованиями высказывается предположение о том, что страстное желание шоколада может быть больше, чем просто аппетит. По-видимому, некоторые химические вещества в шоколаде могут связываться с теми же рецепторами нейронов, которые воспринимают вещества из конопли (di Tomaso, Beltramo & Piomelli, 1996). В то же самое время человеку нужно было бы съесть 25 фунтов шоколада за один прием, чтобы ощутить эффекты, подобные тем, которые бывают от конопли.>

Центр удовольствия — проводящий путь в головном мозге, изобилующий дофамином, который продуцирует ощущения удовольствия при его активации.

Синдром дефицита удовольствия — предполагается, что у некоторых людей центр удовольствия головного мозга в повседневной жизни не получает достаточной активации.

<«Запрещенные препараты для того, чтобы решить проблему наркотиков, это почти то же самое, что и запрещенный секс для того, чтобы выиграть войну со СПИДом». — Рональд Сигал, «Отравление», 1990>

Методы лечения расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ.

Для лечения расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ, применяется большое количество разных методов, включая психодинамические методы лечения, поведенческую и когнитивно-поведенческую терапию, биологические и социокультурные методы. Несмотря на то, что данные методы лечения иногда и приносят успех, в большинстве случаев эффективность их применения невысока (Azrin et al., 1996; Cornish et al., 1995). На сегодняшний день эти методы обычно применяют в комбинации с другими (Landry, 1994; Galanter, 1993) как для амбулаторных больных, так и для пациентов, находящихся на лечении в стационаре (McKay et al., 1995).

Психодинамические методы лечения.

Терапевты, применяющие психодинамические методы, пытаются помочь людям с расстройствами, вызванными использованием психоактивных веществ, начать осознавать и нейтрализовать влияния психологического плана, которые, как предполагается, лежат в основе этих расстройств (Jungman, 1985). Они сначала заставляют пациентов вскрыть и понять причины внутренних противоречий, а затем пытаются помочь им изменить их образ жизни, сложившийся под влиянием зависимости от психоактивных веществ (Hopper, 1995; Levinson, 1985). Несмотря на то, что данный метод довольно часто применяется в лечении расстройств злоупотребления психоактивными веществами, исследования показывают его недостаточную эффективность (Cornish et al., 1995; Holder et al., 1991). Это, возможно, связано с тем, что злоупотребление и зависимость от этих веществ, в конечном счете, становятся трудноразрешимой и самостоятельной проблемой, невзирая на причины, ее породившие, и нужно учитывать особенности самого препарата, если человек намеревается освободиться от зависимости. Психодинамическая терапия оказывается более результативной в сочетании с другими методами лечения в программе комплексной терапии. Например, она успешно применяется в комбинации с терапией поведения и биологическими методами лечения (Carroll & Rounsaville, 1995; Galanter, 1993).

Поведенческая терапия.

Для лечения расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ, широко применяются приемы поведенческой терапии, в частности, **аверзивный метод**, который основан на принципе классического формирования условных рефлексов (Frawley & Smith, 1992). Человек неоднократно подвергается воздействию неприятных раздражителей (например электрического тока) в тот момент, когда принимает психоактивное вещество. После серии воздействий подобного рода предполагается, что у человека вырабатывается отрицательная реакция на само вещество, и он перестает испытывать потребность в этом препарате. Аверзивные методы больше применяются в лечении злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости, чем в лечении других расстройств, вызванных

использованием психоактивных веществ (Clarke & Saunders, 1988; Callner, 1975). В одной из версий этого метода употребление алкоголя ассоциируется с тошнотой и рвотой, обусловленных действием лекарственного средства (Elkins, 1991; Cannon et al., 1986, 1981). В другой версии — скрытой сенсibilизации требуется, чтобы человек, страдающий алкоголизмом, представлял себе, когда пьет, сцены крайне неприятного, отталкивающего или пугающего содержания (Emmelkamp, 1994; Cautela, 1967, 1966). Предполагается, что несколько таких воображаемых сцен при приеме спиртного вырабатывают на него отрицательные ответные реакции. Здесь приводится описание такого рода сцены, которую терапевт может заставить вообразить своего пациента. *Мне хочется, чтобы вы живо представили себе, как вы пробуете пиво (виски и т. д.). Видите себя пробуящим спиртное, улавливаете его вкус, отмечаете цвет и консистенцию. Включите в процесс все ваши ощущения. После того как вы распробовали спиртной напиток, вы замечаете, как что-то небольшое по размеру, белого цвета, плавает в стакане — это что-то всплывает на поверхность. Вы нагибаетесь ближе, чтобы рассмотреть это повнимательнее, ваш нос сейчас находится как раз над стаканом, и ноздрями вы ощущаете запах именно того напитка, который, как вы помните, пробуете. Сейчас вы можете увидеть, что же находится в стакане. На поверхности плавают несколько личинок. Вы с чувством отвращения хватаете стакан и, взбалтывая его содержимое, смотрите в него. Там оказывается гораздо больше омерзительных созданий, чем выдумали сначала. Вы понимаете, что проглотили несколько личинок и ощущаете их отвратительный вкус у себя во рту. Вы чувствуете сильную тошноту и хотели бы никогда не брать в руки этот стакан и не пить совсем (Clarke & Saunders, 1988 p. 143-144).*

Другой прием поведенческой терапии обучает альтернативному поведению по отношению к употреблению психоактивных препаратов (Azrin et al., 1996). Этот метод также больше применяется для лечения алкоголизма, чем для лечения расстройств злоупотребления другими психоактивными веществами. Сильнопьющих людей можно научить снимать состояние напряжения с помощью релаксации, медитации или биологической обратной связи взамен употребления алкоголя (Rohsenow, Smith & Johnson, 1985). Некоторых также обучают методикам, развивающим чувство уверенности в себе, или искусству общения для того, чтобы помочь им научиться более непосредственно выражать свое раздражение и отказаться от употребления алкоголя под давлением окружения (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Van Hasselt et al., 1993).

Поведенческая терапия в лечении злоупотреблений психоактивными веществами и зависимости от них обычно приносит лишь ограниченный успех, если она представляет собой единственную форму лечения (Carrol & Rounsaville, 1995; Meyer et al., 1989). Основная трудность заключается в том, что данные методы могут быть эффективны лишь в случае, если у пациентов имеются сильные мотивации для продолжения лечения, несмотря на неприятные переживания или собственные потребности. Действительно, методы поведенческой терапии в большинстве случаев лучше работают в комбинации с биологическими или когнитивными методами (Whorley, 1996; Washton & Stone-Washton, 1990).

Когнитивно-поведенческая терапия.

Два общераспространенных подхода объединяют когнитивные и поведенческие методики для того, чтобы помочь людям научиться контролировать свое поведение по отношению к психоактивным веществам. При одном подходе, **поведенческом тренинге обучения навыкам самоконтроля (BSCT)**, применяемом, в частности, в лечении алкоголизма, терапевт сначала прослеживает поведение пациента в пьяном состоянии (Miller et al.; Miller, 1983). Когда пациент опишет время, место, эмоции, физические проявления и другие подробности своего пьянства, он начинает лучше осознавать те опасные ситуации, в которых может напиться. Затем его обучают методам, помогающим справляться с такими ситуациями. Например, он учится ограничивать свое пьянство, осознавать допустимые пределы, контролировать норму выпитого алкоголя (возможно, принимая алкоголь небольшими дозами через определенные промежутки времени или потягивая спиртное маленькими глотками вместо того, чтобы выпивать залпом) и применять релаксацию, а также другие методы, помогающие справляться с ситуациями, в которых он иначе напился бы. Приблизительно 70% людей, обучившихся таким навыкам поведения, явно демонстрируют определенное улучшение, особенно люди молодого возраста и те, кто не имеет физической зависимости от алкоголя (Miller et al., 1992; Miller & Hester, 1980).

При другом когнитивно-поведенческом подходе, обучении навыкам предотвращения рецидивов, алкоголики выполняют многие из тех же заданий, что и при подходе BSCT (Kivlahan et al., 1990; Marlatt & Gordon, 1985, 1980). Их также обучают планировать заранее допустимое количество алкоголя, что они будут пить и при каких обстоятельствах. Данный подход иногда снижает частоту проявлений интоксикации (Hollon & Beck, 1994; Annis et al., 1989). Как и BSCT, он оказывается более эффективным для людей, злоупотребляющих алкоголем, чем для тех, кто выработал физическую зависимость от него (Meyer et al., 1989). Этот подход также применяется с некоторой долей успеха в лечении злоупотреблений марихуаной и кокаином (Carroll & Rounsaville, 1995; Wells et al., 1994).

Аверзивная терапия — метод лечения, основанный на принципах классического формирования условных рефлексов, в котором человек неоднократно подвергается воздействию шоковых факторов или других неприятных раздражителей, когда он совершает нежелательные действия, такие как прием психоактивного препарата.

Поведенческий тренинг обучения навыкам самоконтроля (BSCT) — когнитивно-поведенческий подход к лечению алкогольного злоупотребления и зависимости, при котором человека обучают контролировать свое поведение в отношении алкоголя и применять методы, помогающие справляться с ситуациями, которые обычно способствуют неумеренному употреблению спиртного.

Биологические методы лечения.

Биологические методы лечения используются для того, чтобы помочь людям избавиться от пагубной привычки употреблять алкоголь или наркотики, не принимать их совсем или просто поддерживать дозу препарата на одном уровне без дальнейшего ее увеличения. Как и в случае других методов лечения, одни биологические методы, по-видимому, редко приносят долговременное улучшение, но они могут оказать помощь в комбинации с другими методами (Cornish et al., 1995; Kleber, 1995).

Детоксикация

Детоксикация — систематическое, проводимое под медицинским наблюдением устранение токсического действия лекарственного средства, алкоголя или наркотика. Программы детоксикации осуществляются в больницах и клиниках и могут предлагать также индивидуальную или групповую терапию, «универсальный» подход в лечении злоупотреблений психоактивными препаратами, который нашел широкое применение в практике.

Один из способов детоксикации заключается в том, что пациенты постепенно освобождаются от токсического воздействия психоактивного препарата, принимая все меньшие и меньшие дозы до тех пор, пока они полностью не станут от него свободными. Другой способ детоксикации состоит в том, что пациенты принимают специальные препараты, которые ослабляют их абстинентные симптомы (Cornish et al., 1995; Kosten & McCance-Katz, 1995). Например, иногда используются противотревожные лекарственные препараты, чтобы снять тяжелые абстинентные реакции.

Программы детоксикации способны помочь людям, имеющим достаточную мотивацию для того, чтобы отказаться от употребления психоактивных препаратов. Однако для людей, не прошедших курса психотерапии после детоксикации, высока вероятность рецидива (Pickens & Fletcher, 1991).

Лекарственные препараты-антагонисты

После того как человек прекращает прием психоактивного вещества, он должен избегать того, чтобы снова не начать злоупотреблять им и не впасть от него в зависимость. В одном из биологических методов лечения расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ, принимаются **лекарственные препараты-антагонисты**, которые купируют воздействия этих веществ или оказывают замещающее действие. **Дисульфирам (Disulfiram) (антабус)**, например, часто применяется в том случае, когда человек пытается бросить пить (Landry, 1994). Само по себе это лекарство, по-видимому, имеет мало побочных эффектов, однако пьющий человек при приеме дисульфирама будет испытывать тошноту, рвоту, гиперемию, учащенное сердцебиение, головокружение и, возможно, обморочное состояние. Маловероятно, что человек, принимающий дисульфирам, станет употреблять спиртное, так как он знает о тех ужасных реакциях, которые его ожидают, сделав он хоть один глоток. Это оказывает действенную помощь, но опять только в том случае, когда человек имеет сильную мотивацию для продолжения приема дисульфирама (Cornish et al., 1995; Meyer et al., 1989).

Для лечения опиоидной зависимости иногда применяются **наркотические**

антагонисты. Эти лекарственные вещества прикрепляются к участкам на опиоидных рецепторах нейронов головного мозга и препятствуют опиоидам оказывать свое обычное воздействие. Без достижения кайфа продолжение приема наркотика становится бессмысленным. Несмотря на то, что наркотические антагонисты оказывают помощь в экстренных случаях, когда нужно спасти человека от передозировки опиоидов, клиницисты считают их слишком опасными для постоянного использования в лечении опиоидной зависимости. Эти антагонисты должны применяться с крайней осторожностью из-за того, что они способны ввергать наркомана в состояние тяжелой абстиненции (Rosen et al., 1996; Goldstein, 1994). В последние годы появились так называемые частичные антагонисты, применение которых вызывает менее тяжелые абстинентные реакции (Bickel & Amass, 1995; Kosten & McCance-Katz, 1995).

Недавние исследования указывают на то, что наркотические антагонисты также с успехом могут применяться в лечении алкогольной и кокаиновой зависимости (Nemecsek, 1995). В некоторых исследованиях, например, наркотический антагонист налтрексон (naltrexone) способствовал ослаблению потребности в алкоголе у людей, находящихся на лечении от алкоголизма (O. Malley et al., 1996, 1992; Volpicelli et al., 1992). Почему наркотические антагонисты, которые, по-видимому, воздействуют на эндорфины головного мозга, должны помогать в случае алкогольной зависимости, связанной, главным образом, с активностью нейротрансмиттера ГАМК? Ответ на этот вопрос имеет отношение к центру удовольствия головного мозга. Если различные препараты в конце концов стимулируют один и тот же проводящий путь в головном мозге, то целесообразно ожидать, что антагонисты для одного препарата могут с таким же успехом оказывать не прямое подкрепляющее воздействие для других препаратов.

<Морковный сок на рок-тусовках. Представители государственных служб и клинические эксперты поощряют употребление альтернативных напитков и т. п., которые более полезны для здоровья и которые не приводят к зависимости, как алкоголь или наркотики. Подобная альтернатива предлагается посетителям некоторых пабов, таких как этот соковый бар в Нью-Йорке.>

Обучение навыкам предотвращения рецидивов — подход к лечению злоупотребления алкоголем, аналогичный методу BSCT, который, кроме того, обучает людей заранее планировать свое поведение в рискованных для та ситуациях и свои ответные реакции.

Детоксикация — проводимое систематически и под медицинским наблюдением устранение токсического действия лекарственного средства, алкоголя или наркотика.

Лекарственные препараты-антагонисты — лекарственные препараты, которые купируют действие психоактивного вещества или оказывают замещающее действие.

Дисульфирам (антабус) — лекарственный препарат-антагонист, применяемый для лечения злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости.

Наркотический антагонист — вещество, которое прикрепляется к опиоидным рецепторам нейронов головного мозга и, в свою очередь, блокирует воздействие опиоидов.

<Вопросы для размышления. Только одна треть из 15 млрд. долларов, которые правительство США тратит на борьбу с наркоманией и лекарственными злоупотреблениями, идет на профилактику и лечение. Ложится ли криминализация, происходящая вокруг злоупотреблений психоактивными веществами, в конечном счете, дополнительным позорным пятном на это явление и, в свою очередь, препятствует ли она проведению эффективного лечения?>

Лекарственная поддерживающая терапия

Образ жизни наркоманов сопряжен с гораздо большими опасностями в сравнении с теми, которые вызваны непосредственным воздействием наркотиков на организм человека. Многие опасности, связанные с героиновой наркоманией, например, происходят от передозировки, нестерильных игл для уколов, и от криминала, который сопутствует такому образу жизни. Поэтому клиницисты были чрезвычайно воодушевлены, когда в 60-е годы для лечения героиновой наркомании были разработаны **программы поддерживающего лечения метадон** (Dole & Nyswander, 1967, 1965). В этих программах лечения наркоманам прописывался в качестве заменителя героина метадон. Несмотря на то, что впоследствии пациенты становились зависимыми от метадоны, их новая зависимость оставалась под строгим медицинским контролем. В отличие от героина, метадон можно употреблять перорально, устраняя таким образом факторы риска, связанные с уколами, а

применять его нужно только один раз в течение дня.

Сначала программы лечения метадонам казались очень эффективными и получили широкое распространение в США, Канаде и Англии (Payte, 1989). Однако они стали менее популярны в 80-е годы из-за опасных свойств самого метадона. Многие клиницисты пришли к убеждению, что замена одной зависимостью другой является неприемлемым решением в лечении наркомании, а многие больные наркоманией жаловались на то, что новая лекарственная зависимость от метадона создала проблему, которая еще более усложнила их состояние (Cornish et al., 1995). Действительно, от метадоновой зависимости труднее освободиться, чем от героиновой.

Программа поддерживающего лечения метадонам — подход к лечению героиновой зависимости, в котором наркоман в качестве заменителя героина легально и под медицинским наблюдением принимает дозы метадона, синтезированного в лабораторных условиях опиоида.

<Вопросы для размышления. Ввиду того, что главные факторы риска, связанные с употреблением героина, происходят от передозировки, нестерильных игл для уколов и криминального образа жизни, в обществе периодически возникают попытки легализовать под медицинским контролем использование героина (в Великобритании) или заменителя героина (в США) для того, чтобы решить проблему героиновой зависимости. В большинстве случаев такие подходы недостаточно эффективны. Почему?>

Несмотря на все эти трудности, в последние годы снова стало широко применяться поддерживающее лечение метадонам (и другими препаратами-заменителями, например, лево-альфа-ацетил-метадолом (Levo-Alpha-Acetyl-Methadol или LAAM) в связи с быстрым распространением ВИЧ-инфекции среди наркоманов, практикующих внутривенное введение наркотиков, их сексуальных партнеров и детей (Cacciola et al., 1996; Cornish et al., 1995). Более четверти всех случаев заражения СПИДом, о которых сообщалось в начале 90-х годов, были напрямую связаны с использованием наркотиков, а внутривенное введение наркотиков явилось основной причиной заражения СПИДом 60% детей (Brown, 1993; NIDA, 1991). Лечение метадонам не единственная методика, которая призвана обеспечить безопасность наркоманам, использующим опиоиды, этому сейчас уделяют большое внимание многие программы, включая программы образования по вопросам СПИДа и санитарного просвещения. Исследования указывают, что программы поддерживающего лечения метадонам работают наиболее эффективно в сочетании с просвещением, квалифицированной психотерапевтической помощью, семейной терапией и рекомендациями относительно трудовой деятельности (McLellan et al., 1993).

Сцены из современной жизни

«Самая большая тайна моей жизни»

В одном из своих шоу в январе 1995 года популярная ведущая ток-шоу Опра Уинфри, испытывая сильное душевное волнение, призналась в том, что она в середине 70-х годов была физически зависима от кокаина. «Это самая большая тайна моей жизни, которую я долго скрывала от всех, — сказала она. — Мне стыдно в этом признаваться. Я сознаю свой грех».

<Вопросы для размышления. Какое влияние могли бы оказать признания, подобные тому, которое сделала Опра Уинфри, на готовность людей обратиться за помощью в лечении алкоголизма и наркомании? Отличается ли образ человека среднего возраста, чрезвычайно авторитетного, злоупотребляющего наркотическими веществами, от образа более молодого и неизвестного человека, также злоупотребляющего наркотиками? С проблемами какого рода могут столкнуться наркоманы разных полов?>

Социокультурные методы лечения.

Как мы рассматривали ранее, сторонники социокультурной точки зрения убеждены в том, что психологические проблемы возникают в некотором определенном социальном окружении, и поэтому решать такие проблемы лучше всего, используя социальные взаимосвязи. Для лечения расстройств злоупотребления психоактивными веществами применяются три социокультурных подхода: (1) программы самопомощи, в которых люди, имеющие зависимости от таких веществ, помогают друг другу; (2) программы, учитывающие факторы культурного развития; и (3) общественные профилактические программы.

Программы самопомощи и программы лечения и проживания

Многие люди, страдающие зависимостью от психоактивных препаратов,

самоорганизуются для того, чтобы помочь друг другу вылечиться без участия врачей. Движение за самопомощь при наркотической и алкогольной зависимости берет начало в 1935 году, когда два человека из штата Огайо, страдающих алкоголизмом, собрались, чтобы обсудить возможности альтернативного лечения. Первое обсуждение повлекло за собой последующие, и в конечном итоге образовалась группа самопомощи для лиц, страдающих алкоголизмом. Члены группы обсуждали проблемы, вызванные алкоголизмом, идеи своего профсоюза и меры поддержки. Организация стала называться **Анонимные Алкоголики (АА)**.

На сегодняшний день АА насчитывает приблизительно 2 миллиона членов, состоящих в 98 000 группах, которые созданы в США и 150 других странах (AA World Services, 1998). Она оказывает одинаковую поддержку всем членам вне зависимости от их социального положения, но учитывая нравственные и духовные особенности каждого отдельного человека для того, чтобы помочь ему преодолеть алкоголизм.

Представители разных общественных слоев находят для себя разные виды помощи со стороны АА. Для одних это оказание одинаковой поддержки всем членам общества (Galanter et al., 1990), для других — индивидуальная поддержка духовного плана. Собрания происходят регулярно, а члены общества имеют возможность помогать друг другу 24 часа в сутки.

Давая наставления по поводу образа жизни, организация помогает своим членам воздерживаться от алкоголя по «одному дню», побуждая их принять как факт идею того, что они должны бросить пить совсем и навсегда, если собираются жить нормальной жизнью. Родственные организации самопомощи Аль-Анон (Al-Anon) и Алатин (Alateen) предлагают поддержку людям, живущим с алкоголиками и осуществляющим за ними уход. Также получили развитие программы самопомощи для людей, злоупотребляющих наркотиками, такие как Анонимные Наркоманы и Анонимные Кокаиновые Наркоманы.

Многие программы самопомощи, такие как Daytop Village и Phoenix House, превратились в **центры лечения и проживания**, или терапевтические общины, где люди, ранее имевшие алкогольную или наркотическую зависимость, живут, работают и общаются в окружении, свободном от наркотиков или алкоголя, во время прохождения курса индивидуальной, групповой или семейной терапии, постепенно возвращаясь к нормальной жизни в обществе (Landry, 1994).

Доказательством того, что программы самопомощи и программы лечения и проживания работают, служат, главным образом, личные благодарности от людей, прошедших лечение с помощью этих программ. Десятки тысяч людей признались в том, что они участвуют в таких программах лечения и верят, что с их помощью они изменят свою жизнь (Gleick, 1995; Galanter et al., 1990). Регулярно проводимые изучения данных программ сделали благоприятные выводы относительно их эффективности, но в этих изучениях имели место некоторые количественные ограничения (Watson et al, 1997).

Анонимные Алкоголики (АА) — организация самопомощи, которая предоставляет поддержку и дает советы и рекомендации людям, злоупотребляющим алкоголем или зависимым от него.

Центр лечения и проживания — место, где люди, ранее зависимые от алкоголя или наркотиков, живут, работают и общаются в окружении, свободном от алкоголя и наркотиков, также называется терапевтической общиной.

Программы, учитывающие факторы культурного развития

Многие люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, живут в бедности и встречаются в своей жизни с насилием и жестокостью (NIDA, 1990). На сегодняшний день растет число лечебных программ, которые стремятся учитывать влияния факторов социального и культурного развития на тех людей, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, кто находится в бедственном материальном положении, не имеет дома или является представителем этнических меньшинств (Gottfredson & Koper, 1996; Deitch & Solit, 1993). Внимательное отношение к жизненным проблемам каждого отдельного человека может служить самой лучшей защитой против стрессов, которые заставляют людей снова предаваться пьянству или наркомании.

<Изменение имиджа. Разные люди в разных местах в настоящее время используют принцип программ самопомощи для решения проблем алкогольной или наркотической зависимости. Байкеры, придерживающиеся трезвых взглядов на жизнь, встречаются на Драй Галч, своем излюбленном месте в городе Сан-Паулу, штат Миннесота.>

Подобным же образом, терапевты стали осознавать, что женщины нуждаются в

методах лечения, отличных от методов лечения, предназначенных для мужчин (Lisansky-Gamberg, 1993). Например, женщины и мужчины имеют отличные друг от друга физические и психологические реакции на психоактивные препараты (Hamilton, 1991). Кроме того, проведение лечения женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами, может осложняться тем, что нужно учитывать, например, последствия, вызванные оскорблениями сексуального характера, которым могла подвергаться женщина, или то, что женщина могла забеременеть, когда принимала эти средства, нужно учитывать также стрессовые факторы, связанные с воспитанием детей, и страх женщин перед уголовной ответственностью за злоупотребление психоактивными препаратами во время беременности (Thompson & Kingree, 1998; Cornish et al., 1995). Таким образом, многие женщины с расстройствами подобного рода чувствуют себя спокойнее, отдавая предпочтение тем лечебным учреждениям, где им оказывают помощь, учитывая именно женские проблемы, или программам лечения с проживанием, предназначенным специально для женщин; в некоторых программах также предусматривается проживание детей вместе со своими выздоравливающими матерями (Copeland & Hall, 1992; DeAngelis, 1992).

Общественные профилактические программы

Возможно, наиболее эффективным подходом в лечении расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, должна быть их профилактика (Anthony et al., 1995; Kleber, 1995). Самые первые профилактические мероприятия проводятся в школах. На сегодняшний день программы профилактики также осуществляются по месту работы, в активистских центрах и других общественных организациях, а также через средства массовой информации (Guild & Lowe, 1998). Одни профилактические программы выступают за полный отказ от употребления психоактивных препаратов, тогда как другие программы обучают «ответственному» употреблению. Некоторые программы добиваются прекращения применения психоактивных веществ; другие нацелены на то, чтобы отсрочить возраст, в котором начинаются первые эксперименты с такими веществами. Программы могут различаться в том, какие образовательные мероприятия они проводят по профилактике наркомании и алкоголизма, какие альтернативы взамен употреблению психоактивных препаратов они предлагают, какое влияние эти программы оказывают на психологическое состояние потенциальных наркоманов и алкоголиков, какое воздействие они оказывают на взаимоотношения людей одного социального круга. Профилактические программы могут быть рассчитаны на отдельного человека (например, просвещая его относительно вредных последствий применения психоактивных препаратов), на семью (путем привлечения и обучения родителей), на людей одного социального круга (путем обучения способам сопротивления давлению со стороны своего социального окружения), на школу (устанавливая строгие меры наказания за использование психоактивных препаратов) или на общество в целом (путем организации публичных выступлений, таких как кампания «Просто Скажи Нет»). Самые эффективные профилактические усилия прилагаются в этих разных направлениях для того, чтобы создать общую программу, представляющую собой последовательное руководство о влиянии злоупотреблений психоактивными веществами на все сферы жизни человека (NIDA, 1991). Разрабатываются даже специальные программы профилактики для детей дошкольного возраста (Hall & Zigler, 1997; Oyemade, 1989).

Резюме

Для лечения злоупотреблений психоактивными препаратами и зависимости от них используются самые разнообразные методы. Обычно применяется комбинация нескольких методов лечения.

Психодинамические методы лечения направлены на то, чтобы помочь пациентам осознать и скорректировать лежащие в основе воздействия психологического характера, под влиянием которых они, возможно, и используют психоактивные препараты. Одним из наиболее распространенных методов терапии поведения является аверсивная терапия, в которой прием психоактивного препарата, вызывающего злоупотребление, сопровождается действием неприятного раздражителя. Когнитивные и поведенческие способы лечения объединены в таких подходах, как самоконтролируемое обучение навыкам поведения (BSCT) и обучение навыкам предотвращения рецидивов. Биологические методы лечения включают в себя детоксикацию, лекарственные препараты-антагонисты, и лекарственную поддерживающую терапию. Социокультурные методы лечения рассматривают расстройства, вызванные использованием психоактивных веществ в социальном

контексте, применяя такие подходы к лечению, как группы самопомощи, например Анонимные Алкоголики; методы лечения, учитывающие факторы культурного развития; и общественные профилактические программы.

Крупным планом

Контролируемое использование психоактивных препаратов в сравнении с полным воздержанием

Является ли полный отказ единственной мерой борьбы со злоупотреблениями психоактивными веществами, или же люди, страдающие данными расстройствами, могут научиться контролировать употребление таких препаратов? Споры по этому вопросу продолжаются на протяжении многих лет и особенно разгораются, когда под психоактивным веществом понимается алкоголь (Manning, 1996; Sleek, 1995). Сторонники когнитивно-бихевиористской точки зрения полагают, что люди могут продолжать употреблять спиртное в умеренных количествах, если научатся устанавливать для себя соответствующие ограничения. Они доказывают, что строгое воздержание может на самом деле привести к полной потере самоконтроля, если человек сделает хотя бы один глоток (Peele, 1989; Heather et al., 1982). В противоположность этому те, кто рассматривает алкоголизм как болезнь, занимают позицию Анонимных Алкоголиков: «однажды алкоголик — всегда алкоголик», и доказывают, что рецидив, вероятнее всего, происходит в том случае, когда человек, страдающий алкоголизмом, уверен в том, что может без риска для себя сделать один глоток спиртного (Pendery et al., 1982). Это вводящее в заблуждение убеждение, которого придерживается человек, рано или поздно возвращает его к неконтролируемому пьянству.

Эмоции, возникающие при обсуждении данного вопроса, находят столь сильное выражение, что сторонники одной точки зрения иногда подвергают сомнению мотивы и честность тех, кто придерживается противоположного мнения (Sobell & Sobell, 1984, 1976, 1973; Pendery et al., 1982). Исследования указывают, однако, что как контролируемое употребление спиртного, так и воздержание могут оказаться полезными в процессе лечения, зависящего от индивидуальных особенностей личности и от проблем частного характера, связанных с употреблением алкоголя. В соответствии с проведенными исследованиями высказывается предположение о том, что воздержание более приемлемо для тех, у кого имеется алкогольная зависимость длительного характера, в то время как контролируемое употребление спиртного может оказать помощь тем, кто пьет недавно и у кого еще не возникла физическая зависимость от алкоголя. Последним, на самом деле, нужно научиться употреблять алкоголь, не злоупотребляя им (Peele, 1992; Marlatt, 1985). С помощью исследований также было установлено, что воздержание наиболее приемлемо для тех, кто убежден в том, что именно отказ от употребления алкоголя является для них единственным решением проблемы (Rosenberg, 1993). Для таких людей существует большая вероятность рецидива после одного выпитого глотка спиртного.

Обычно для людей, страдающих алкоголизмом, как воздержание, так и контролируемое употребление спиртного представляют собой значительную трудность (Watson, 1987). Несмотря на то, что лечение помогает им на какое-то время добиться улучшения, большинство из них вновь возвращаются к пьянству. Наблюдения за 110 пациентами, успешно прошедшими курс лечения от алкоголизма, установили, что спустя 30 лет после лечения 20% употребляли алкоголь в умеренных количествах, 34% полностью воздерживались от спиртного, а остальные продолжали сильно пить (Vaillant, 1983). Другие данные относительно перспектив излечения от алкоголизма также представляют собой довольно мрачную картину (Peele, 1989; Emrick & Hansen, 1983). Такая статистика служит суровым напоминанием о том, что злоупотребление психоактивными веществами и зависимость от них остается для общества самой долговременной по своему характеру и трудноразрешимой проблемой.

Подводя итоги.

В некотором отношении общая картина злоупотреблений психоактивными препаратами на сегодняшний день та же, что и в прошлом. Использование психоактивных препаратов по-прежнему широко распространено и по-прежнему является причиной проблем психологического характера, наносящих большой вред обществу. Продолжают появляться новые препараты, и люди, их применяющие,

прошли через периоды наивной убежденности в том, что они «безопасны». Не сразу пришло понимание того, что эти препараты также обладают опасными свойствами. А методы лечения расстройств злоупотребления психоактивными веществами работают недостаточно эффективно.

Тем не менее в общей картине можно отметить существенные изменения. Ученые приступили к разработке более четкого представления о том, каким образом психоактивные препараты, наркотики и алкоголь воздействуют на мозг и организм человека. В лечении задействуются такие формы, как группы самопомощи и реабилитационные программы. Также широко внедряется в практику просвещение по вопросам профилактики, заставляющее людей задумываться над теми опасностями, с которыми связано злоупотребление психоактивными препаратами, что тоже вносит, по-видимому, некоторые различия в общую картину.

Одним из доводов в пользу улучшения общего состояния дел служит то, что исследователи и клиницисты ищут точки соприкосновения между своими собственными разработками и другими моделями. Такой интегрированный подход предоставляет новые возможности в изучении и лечении расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ, точно так же, как интегрированные подходы находят успешное применение в лечении других психологических проблем.

<Перед тем как все начнется. Программы профилактики, рассчитанные на разные социальные группы, очень часто предназначаются совсем маленьким детям. Здесь дети дают обещание на День Красной Ленты не употреблять психоактивных препаратов, выпуская из рук воздушные шарик.

<Психологические заметки. 80% опрошенных сообщили, что рекламная кампания «Друзья, не позволяйте своим товарищам садиться за руль в пьяном виде» заставила их строже относиться к тому, чтобы не допускать к вождению автомобиля людей в нетрезвом состоянии (Advertising Council and Caravan Opinion Research, 1995).

Возможно, самое важное понимание для продвижения вперед с учетом этих интегрированных усилий заключается в том, что уже созданы несколько моделей, работающих в правильном направлении. Давления, оказываемые со стороны социального окружения; личности, склонные к злоупотреблению алкоголем или наркотиками; самовознаграждения и генетические предрасположенности, все это предлагается различными теоретическими моделями в качестве основных причин возникновения злоупотреблений психоактивными веществами, каждая из данных причин, по-видимому, играет роль в возникновении злоупотреблений, и все эти факторы могут действовать в совокупности. Например, у некоторых людей возможна наследственная дисфункция центра удовольствия головного мозга, в связи с чем им необходима дополнительная внешняя стимуляция, скажем, в виде проявлений излишней эмоциональности во взаимоотношениях с людьми, в виде потребления больших количеств определенных продуктов питания, алкоголя или наркотиков, чтобы стимулировать свой центр удовольствия. То, что люди рассчитывают на внешние источники для стимуляции своего центра удовольствия, может впоследствии привести к возникновению у них алкогольной или наркотической зависимости. Особенно у таких людей проявляется склонность к употреблению наркотиков, в частности, когда среди социального окружения, в котором они находятся, распространено употребление наркотических веществ, или в том случае, когда они сталкиваются в своей жизни с проблемами личного и общественного характера. Поскольку каждая модель выявляет важные факторы, играющие роль в возникновении расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ, она может внести значительный вклад в лечение данных расстройств. Методы, предлагаемые для лечения этих расстройств, работают более эффективно в том случае, когда применяется комбинация методов, разработанных в рамках разных моделей, таким образом, самым продуктивным подходом в лечении оказывается объединение различных методов.

Последние выводы обнадеживают. Однако продолжает находить применение огромное число разнообразных психоактивных препаратов, и их количество все увеличивается. Почти каждый день появляются новые препараты и их комбинации. А вместе с этим возникают новые проблемы, новые вопросы и необходимость новых исследований и разработок новых методов лечения. Возможно, самый полезный урок, который можно извлечь из всего сказанного, заключается в старой истине: ничто не дается даром. За удовольствия, полученные от использования психоактивных веществ, человек расплачивается ценой проблем психологического и биологического характера, причем некоторые из этих проблем остаются все еще неизученными.

Ключевые термины

Лекарственное средство, препарат
Психоактивное вещество
Инттоксикация
Галлюциноз
Злоупотребление психоактивными веществами
Зависимость от психоактивного вещества
Аддиктивное поведение
Толерантность
Абстиненция
Депрессант
Алкоголь
Этиловый спирт
ГАМК
Преобразование в результате метаболизма
Алкоголизм
Алкогольный делирий, delirium tremens (DT's)
Цирроз
Корсаковский синдром
Конфабуляция
Седативно-снотворное лекарственное средство
Барбитураты
Ретикулярная формация
Бензодиазепины
Опиат
Опий
Морфин
Героин
Метадон
Наркотик
Кодеин
Состояние подъема или возбуждения
Эндорфин
Стимулятор
Кокаин
Дофамин
Кокаиновая интоксикация
Психотическое расстройство, вызванное приемом кокаина
«Ломка»
Метод получения свободного основания
Крэк
Внутриутробный кокаиновый синдром
Амфетамин
Галлюциноген
ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты)
Эрго-алкалоиды
Синестезия
«Вспышка прошлого» (флэшбек)
Cannabis sativa — «конопля полезная»
Наркотические препараты группы каннабис
Гашиш
Марихуана
Тетрагидроканнабинол (ТГК)
Инттоксикация, вызванная препаратами группы каннабис
Полинаркомания
Синергический эффект
Личность, злоупотребляющая психоактивными веществами
Подкрепление (формирование условного рефлекса)
Классическое обусловливание
Дофамин-2 (D2) рецепторный ген
Центр удовольствия головного мозга
Синдром дефицита удовольствия

Аверзивные приемы поведенческой терапии
Скрытая сенситизация
Альтернативное поведение
Тренинг обучения навыкам самоконтроля (BSCT)
Тренинг предотвращения рецидивов
Детоксикация
Лекарственный препарат-антагонист
Дисульфирам (антабус)
Наркотический антагонист
Частичный антагонист
Налтрексон
Программа поддерживающего лечения метадонном
Программа самопомощи
Анонимные Алкоголики (АА)
Центр лечения и проживания
Терапевтическая община
Программа, учитывающая факторы культурного развития
Общественная профилактическая программа

Контрольные вопросы

1. Каким образом алкоголь воздействует на мозг и организм в целом? Какие проблемы и опасности возникают в связи со злоупотреблением алкоголем?
2. Опишите характерные особенности злоупотребления барбитуратами и бензодиазепинами и связанные с этим проблемы?
3. Сравните различные опиаты (опий, героин, морфин и кодеин). Какие опасные последствия могут возникнуть в результате их использования, особенно героина?
4. Назовите и сравните два вида препаратов-стимуляторов. Опишите их биологическое действие и опасные последствия, вызываемые каждым из этих препаратов.
5. По какой причине использование кокаина вызывает в последние годы большие проблемы?
6. В чем проявляется эффект от использования галлюциногенов, особенно ЛСД?
7. В чем проявляется эффект от использования марихуаны и других препаратов группы каннабис? Почему марихуана сегодня стала более опасной, чем 25 лет назад?
8. Какие специфические проблемы возникают при использовании целого ряда психоактивных веществ?
9. Опишите основные точки зрения, с помощью которых объясняются причины возникновения расстройств, вызванных использованием психоактивных веществ. Насколько хорошо подтверждаются объяснения с точки зрения этих позиций?
10. Какие основные методы применяются в лечении данных расстройств? Насколько они эффективны?

Глава 11. Сексуальные расстройства и расстройства половой идентификации.

Роберт, мужчина 57 лет, обратился к специалисту-сексологу вместе со своей женой, потому что перестал испытывать эрекцию. Раньше с эрекцией у него было все в порядке, но однажды, за шесть месяцев до визита к врачу, после ужина в ресторане они с женой попытались заняться сексом. Роберт пропустил несколько стаканчиков виски, и супруга объяснила неудачную попытку достичь эрекции тем, что он был «слегка навеселе». Однако через несколько дней Роберт встревожился и решил, что, вероятно, он становится импотентом. Когда они в следующий раз легли в постель, Роберт совершенно не возбудился, он постоянно наблюдал за собой и проверял, не началась ли эрекция. И снова он ничего не почувствовал и у супругов испортилось настроение. В течение следующих нескольких месяцев у него по-прежнему не возникала эрекция. Жена Роберта очень расстраивалась, испытывала недовольство и обвиняла мужа в том, что он завел любовницу или больше не считает ее привлекательной. Роберт подумал, что стареет, или что причина происходящего — в лекарствах от повышенного давления, которые он принимал в этом году. К тому

моменту, когда супруги пришли к врачу, они уже больше двух месяцев не спали вместе (LoPiccolo, 1992, p. 492).

Секс — основная тема наших мыслей и разговоров (Becker & Segraves, 1995). В развитии личности сексуальное желание играет ключевую роль, секс вплотную связан с удовлетворением основных потребностей и влияет на самооценку. Большинство из нас интересуются проявлением патологических форм сексуального поведения и всех нас волнует, насколько нормальны проявления нашей собственной сексуальности. Существует два типа сексуальных расстройств: сексуальные дисфункции и перверсии. Люди с сексуальными дисфункциями не проявляют нормального сексуального реагирования. Роберт, например, страдает нарушением эрекции, он не достигает эрекции и не может поддержать ее во время сексуального взаимодействия. Люди, подверженные различного рода парафилиям (извращениям, перверсиям), чувствуют постоянные и сильные сексуальные импульсы в таких ситуациях или по отношению к таким объектам, которые всем остальным кажутся неподходящими. Люди, склонные к парафилиям, фантазируют о занятиях сексом с этими объектами или выражают свои импульсы в соответствующем поступке. Их могут возбуждать занятия сексом с ребенком или демонстрация своих гениталий незнакомым людям. Кроме этих сексуальных расстройств встречается и расстройство половой идентификации, оно непосредственно относится к половой принадлежности человека, когда больной отождествляет себя с другим полом.

Сексуальные дисфункции.

Сексуальные дисфункции — это расстройства, при которых люди не проявляют естественных сексуальных реакций и испытывают трудности при сексуальном взаимодействии или не получают удовольствия от секса. Как правило, такие дисфункции причиняют человеку страдания, больной испытывает фрустрацию или чувство вины, его самооценка снижается, возникают проблемы в межличностном общении.

Многие страдают от нескольких дисфункций одновременно. Мы опишем наиболее характерные сексуальные дисфункции гетеросексуальных пар. Эти наблюдения относятся и к гомосексуальным парам, поскольку у них проявляются те же дисфункции, к которым применима приблизительно та же техника лечения (LoPiccolo, 1995).

Сексуальное реагирование человека представляет цикл из четырех фаз: влечение, возбуждение, оргазм и удовлетворение (разрешение) (рис. 11.1). Сексуальные дисфункции влияют на первые три фазы цикла. Удовлетворение состоит из простой релаксации и ослабления возбуждения после оргазма. Некоторые люди всю жизнь борются с сексуальной дисфункцией; в других случаях бывает, что нормальное сексуальное функционирование предшествует появлению дисфункции. Иногда дисфункция возникает во всех сексуальных ситуациях, а иногда связана лишь с отдельными случаями (APA, 1994).

Расстройство фазы влечения.

Фаза влечения в цикле сексуального реагирования включает побуждение заниматься сексом, сексуальные фантазии и сексуальное влечение к партнеру. Две дисфункции — пониженное сексуальное влечение и сексуальное отвращение — воздействуют на нарушение фазы влечения. В качестве примера можно привести пациентку по имени миссис Брайэртен, которая испытывала оба типа таких сексуальных расстройств.

Мистер и миссис Брайэртен женаты уже 14 лет и у них трое детей в возрасте от 8 до 12... Супруги [жалуются, что миссис Брайэртен] никогда не получала удовольствия от [секса] с того времени, как они поженились.

До свадьбы они всего два раза занимались сексом, и будущая миссис Брайэртен приходила в сильное возбуждение от поцелуев и петтинга, причем ей казалось, что она использовала всю свою привлекательность, чтобы «соблазнить» жениха. Эти два эпизода вызвали в ней сильное чувство вины; во время медового месяца новобрачная стала думать о сексе как об обязанности, которая не может нравиться. Несмотря на то, что миссис Брайэртен периодически пассивно соглашалась заниматься сексом она почти не испытывала спонтанного влечения. Она никогда не мастурбировала, никогда не достигала оргазма и считала все другие виды секса, например, оральный, — неприятными. Кроме того, она мучилась от фантазий о том, что ее родственники, если бы узнали о таком поведении, ни за что бы его не одобрили.

Миссис Брайэртен почти полностью уверена, что ни одна женщина старшего поколения, которую она уважает, не получает удовольствия от секса и, несмотря на «новую моду» на сексуальность, только грязные, грубые женщины ведут себя «как животные». Из-за таких представлений она регулярно, но редко занималась с мужем сексом, в лучшем случае услужливо поддавалась мужу, и такой секс не доставлял удовольствия ни ей, ни супругу. Стоит миссис Брайэртен испытать чувство, близкое к сексуальному возбуждению, как сразу ей в голову приходят бесчисленные негативные мысли, например: «Кто я — шлюха, что ли?», «Если я буду чувствовать что-то подобное, то он захочет секса еще чаще» или «Как я могу смотреть на себя в зеркало после всего этого?». Такие мысли почти неизбежно сопровождаются охлаждением и невосприимчивостью к чувственным удовольствиям. В результате секс не приносит ей никакой радости. Миссис Брайэртен пользуется любым предлогом, усталостью или занятостью, чтобы рационально обосновать свое нежелание заниматься сексом. Однако сама миссис Брайэртен задает вопрос: «Может быть, я не вполне нормальна?» (Spitzer et al., 1994, p. 251.)

Сексуальная дисфункция — расстройство, при котором человек не способен нормально функционировать в некоторых фазах цикла сексуального реагирования.

Фаза влечения — фаза цикла сексуального реагирования, состоящая из сексуального импульса, сексуальных фантазий и сексуального влечения к другим людям.

<**Психологические заметки.** В фильме «Энни Холл» психотерапевт главной героини спрашивает, как часто она и ее приятель Элви Сингер занимаются сексом. В это же время на другом конце города терапевт Элви задает ему тот же самый вопрос. Элви отвечает: «Очень редко, может быть три раза в неделю», а Энни отвечает: «Постоянно, я бы сказала, три раза в неделю».>

Расстройство пониженного сексуального влечения — расстройство, вызванное нехваткой интереса к сексу.

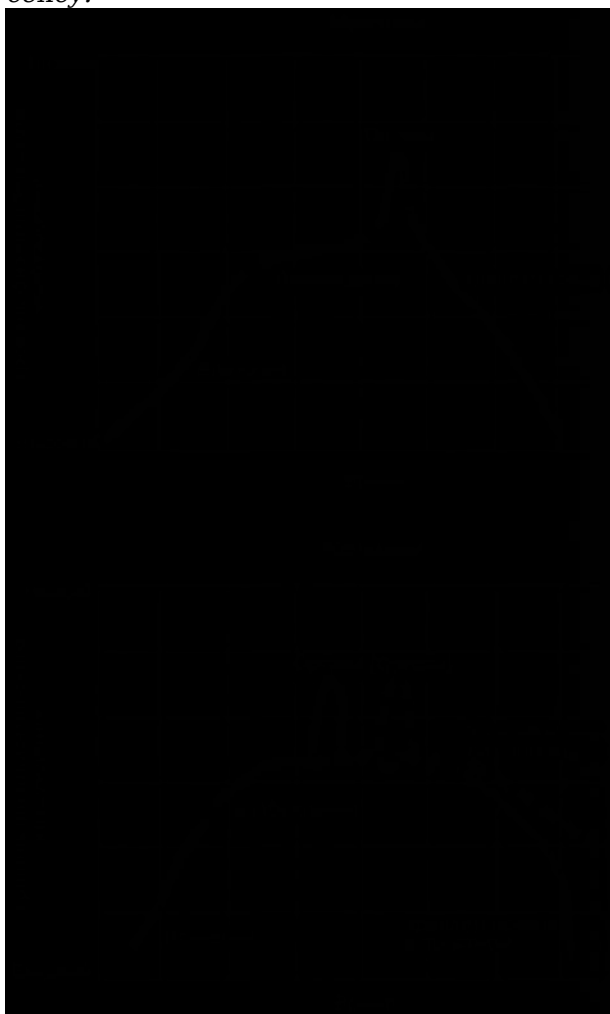


Рисунок 11.1. Цикл нормального сексуального реагирования. Исследователи обнаружили схожую последовательность фаз у мужчин и женщин. Иногда все же женщины не испытывают оргазма; в этом случае фаза удовлетворения не столь

внезапна. Порой женщины переживают два и более оргазма подряд до фазы удовлетворения. (Adapted from Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970, 1966.)

Пониженное сексуальное (половое) влечение — это недостаток интереса к сексу, приводящий к низкому уровню сексуальной активности (см. список из справочника DSM-IV в Приложении). Когда человек с пониженным сексуальным влечением все-таки занимается сексом, он или она ведут себя вполне нормально или даже испытывают удовольствие. Несмотря на то, что в нашей культуре часто изображают мужчин, которые всегда хотят заниматься сексом, если у них есть такая возможность, около 15% мужчин испытывают пониженное сексуальное влечение (LoPiccolo, 1995; Rosen & Leiblum, 1995), и за последнее десятилетие количество мужчин, пользующихся услугами терапевтов, значительно увеличилось. Пониженное сексуальное влечение обнаруживается у 20-35% женщин (LoPiccolo, 1995; Rosen & Leiblum, 1995).

В справочнике DSM-IV отсутствие или потеря полового влечения определяется как «недостаток или отсутствие сексуальных фантазий и желаний заниматься сексом», однако в справочнике не указывается конкретно, какой именно уровень считается «недостаточным» (LoPiccolo, 1995). В одном исследовании счастливых женатых пар супругов попросили ответить, как часто они занимаются сексом. Почти все из них — 93% сказали, что они хотят заниматься сексом по крайней мере раз в неделю. Около 85% отметили, что хотят заниматься сексом несколько раз в неделю или больше. На основании этого опроса сексуальное влечение может считаться пониженным, только когда человек проявляет желание заниматься сексом менее одного раза в две недели (LoPiccolo & Friedman, 1988). Многие люди проявляют нормальный сексуальный интерес и возбуждение (рис. 11.2), однако их образ жизни таков, что они не стремятся к сексуальным взаимоотношениям. Такие люди не проявляют пониженного сексуального влечения.

Люди с сексуальным отвращением считают секс неприятным или отталкивающим (смотри список в справочнике DSM-IV). Сексуальные предложения вызывают у них тошноту, отвращение или пугают. Некоторых отталкивают отдельные аспекты секса, например введение пениса в вагину; другие испытывают общее отвращение ко всяким сексуальным стимулам, в том числе к поцелуям и прикосновениям. Отвращение к сексу довольно редко встречается у мужчин и больше распространено у женщин.



Рисунок 11.2. Нормальная структура женских половых органов во время совокупления. Во время каждой фазы цикла сексуального реагирования происходят изменения в гениталиях женщины. (Adapted from Hyde, 1990, p. 200.)

Сексуальное влечение обуславливается сочетанием биологических, психологических и социокультурных факторов и может быть ослаблено любым из них (Beck, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). В большинстве случаев пониженное сексуальное желание или сексуальное отвращение вызвано главным образом социокультурными и психологическими факторами, однако биологические условия могут также в значительной степени ослабить влечение (Kresin, 1993).

Сексуальное отвращение — расстройство, характеризующееся отвращением к сексу и стремлением к уклонению от половой активности.

Биологические причины

В проявлении полового влечения и в сексуальном поведении важную роль играют гормоны. Отклонение уровня гормонов может ослабить влечение (Beck, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Как у мужчин, так и у женщин на снижение сексуального влечения влияет повышенный уровень пролактина, низкий уровень тестостерона и резкие отклонения уровня женского сексуального гормона эстрогена. Так, пониженный сексуальный импульс, в частности, связан с высоким уровнем эстрогена, содержащегося в некоторых противозачаточных таблетках, и наоборот — с низким уровнем эстрогена у женщин в период после менопаузы и сразу после родов. Продолжительное заболевание также может снизить влечение (Schiavi et al., 1995; Kresin). Болезнь может непосредственно понизить сексуальный импульс или вызвать стресс, боль и последующую депрессию, что порой также отражается на сексуальной жизни.

Сексуальный драйв может понизиться из-за применения обезболивающих средств, психотропных веществ и запрещенных наркотиков, таких как кокаин, марихуана, амфетамины и героин (Beck, 1995; Segraves, 1995). Алкоголь иногда усиливает сексуальный драйв, находящийся на низком уровне, так как ослабляет запреты, однако если человек и так сильно возбужден, то алкоголь может ослабить

возбуждение (Roehrich & Kinder, 1991). Несмотря на многовековые поиски, людям не удалось найти настоящий афродизиак, вещество, усиливающее сексуальное желание (Henderson, Boyd & Whitmarsh, 1995; Bancroft, 1989).

Психологические причины

Общее усиление тревоги или гнева может ослабить сексуальное влечение как у мужчин, так и у женщин (Beck & Bozman, 1996; Bozman & Beck, 1991). Теоретики отмечают, что у людей с пониженным половым влечением и сексуальным отвращением часто сохраняются определенные установки, страхи или воспоминания, которые и приводят к дисфункции, например представление о том, что секс аморален или опасен (LoPiccolo, 1995). Другие люди настолько боятся утратить контроль своих сексуальных импульсов, что совершенно подавляют их, а некоторые женщины панически боятся беременности.

Определенные психологические расстройства могут привести к снижению сексуального влечения и сексуальному отвращению. Даже слабый уровень депрессии может повлиять на половое влечение, а некоторым людям, страдающим навязчивыми состояниями и фобиями, крайне неприятен любой физический контакт с чужим телом.

<«Человек — единственное животное, которое краснеет или испытывает потребность краснеть». — Марк Твен>

Социокультурные причины

Установки, страхи и психологические расстройства, определяющие пониженное половое влечение и сексуальное отвращение, формируются в определенном социальном контексте и, таким образом, некоторые социокультурные факторы также служат причиной расстройств. Многие пациенты с пониженным сексуальным импульсом сталкиваются с давлением ситуации — они переживают развод, смерть в семье, потерю работы или стрессы на работе, бесплодие, беременность (Burns, 1995; Letourneau & O'Donohue, 1993). У других людей могут возникнуть проблемы во взаимоотношениях (LoPiccolo, 1997; Beck, 1995). Зачастую утрачивают сексуальный интерес люди, у которых сложились несчастливые взаимоотношения в паре — партнеры не чувствовали влечения друг к другу или один из них ощущал собственную беспомощность и доминирование другого. Но даже у счастливых пар, если один из партнеров оказывается неумелым и неэнергичным любовником, то другой перестает интересоваться сексом. Иногда у партнеров различаются потребности в близости. Тот партнер, кому нужно больше личного пространства, может испытывать пониженное сексуальное влечение, сохраняя таким образом дистанцию (LoPiccolo 1997, 1995).

Культурные стандарты также подготавливают почву для ослабления полового влечения или формируют сексуальное отвращение. Некоторые мужчины принимают двойной стандарт нашей культуры и поэтому не чувствуют сексуального влечения к женщине, которую любят и уважают. Мужчина может утратить сексуальный интерес к своей жене после того, как она родит первого ребенка, поскольку он не может представить себе мать как сексуально привлекательную женщину. Кроме того, поскольку в нашем обществе сексуальная привлекательность приравнивается к юности, многие стареющие мужчины и женщины утрачивают интерес к сексу и с возрастом их образ «я» становится менее ярким и влечение к партнеру идет на убыль (LoPiccolo, 1995).

Травма после сексуального нападения или изнасилования чаще всего вызывает установки и воспоминания, приводящие к сексуальным дисфункциям. Сексуальное отвращение очень часто встречается у жертв изнасилований и может сохраняться на протяжении нескольких лет и даже десятилетий (Jackson et al., 1990; McCarthy, 1990). Когда человек во время занятий сексом внезапно вспоминает о нападении на него, это приводит к экстремальному проявлению дисфункций.

<**Вопросы для размышления.** Некоторые теоретики считают, что недавнее увеличение количества мужчин, лечащихся от пониженного сексуального влечения, может быть обусловлено влиянием феминизма (LoPiccolo, 1995). Какие факторы могут быть причиной этой взаимосвязи?>

Расстройства фазы возбуждения.

Фаза возбуждения в цикле сексуального реагирования характеризуется изменениями в области таза, общим физическим возбуждением, усиленным сердцебиением, напряжением мышц, повышением артериального давления и учащенным дыханием. У мужчин кровь приливает к тазу и вызывает эрекцию пениса; у женщин в этой фазе происходит набухание клитора и малых половых губ и увлажнение вагины.

Дисфункции фазы возбуждения — это расстройство полового возбуждения женщин

(фригидность) и эректильное расстройство у мужчин (импотенция).

Расстройства, связанные с сексуальным возбуждением у женщин

У женщин, подверженных расстройству полового возбуждения, во время занятий сексом постоянно перестает выделяться смазка или не набухают гениталии (см. список из справочника DSM-IV). Понятно, что большинство этих женщин испытывают также расстройство оргазма и другие сексуальные дисфункции (Segraves & Segraves, 1991). В разных исследованиях неоднозначно оценивается распространенность расстройства сексуального возбуждения, однако большинство из ученых соглашаются, что более 10% женщин страдают от этого типа нарушений (Laumann et al., 1994; Rosen et al., 1993). Поскольку недостаток сексуального возбуждения у женщин часто связывается с нарушением оргазма, исследователи обычно изучают и объясняют эти две проблемы вместе. Мы также рассмотрим причины обеих проблем, когда обратимся к нарушениям оргазма у женщин.

Крупным планом

Этот поцелуй обсуждала вся Америка

В сентябре 1996 года 6-летний Джонатан Приветт возвратился домой из школы в Лексингтоне, Северная Каролина, и признался матери, что у него неприятности. Что же он сделал? Он не подрался и не проявил неуважение к учителю. Миссис Приветт просто не поверила, когда ей сказали, что ее сына Джонатана обвинили в сексуальном преследовании, потому что он поцеловал другого мальчика в щеку, и за это на день отстранили от занятий. В школе позднее объяснили, что своим поцелуем он нарушил правило о том, что нельзя, чтобы один ученик трогал другого без всякой причины. В тот день фотография маленького Джонатана появилась во всех ведущих газетах страны. Повсюду люди интересовались, как можно было обвинить шестилетнего ребенка в столь серьезном преступлении. Со своей стороны, Джонатана, по-видимому, смутило отстранение от занятий — и он грустил чуть больше обычного, потому что пропустил школьный праздник и остался без мороженого.

<Вопросы для размышления. Способен ли шестилетний ребенок понять, что значит без разрешения поцеловать одноклассника? Когда школьная администрация столь бурно реагирует на поведение, которое взрослый может расценить как сексуальное, может быть, она таким образом обучает ребенка и других юных наблюдателей, что секс — грязное занятие, нежелательное и даже опасное? Действительно ли неправильное употребление термина «сексуальное преследование» для поступка маленького ребенка принижает значение самой проблемы и подразумевает, что и у взрослых и у подростков сексуальные преследования столь же безобидны?>

Нарушение мужской эрекции

Мужчины с нарушением эрекции (эректильным расстройством) постоянно не достигают эрекции или у них пропадает эрекция во время занятий сексом (см. список из справочника DSM-IV). С этой проблемой сталкивается около 10% мужского населения, столкнулся с ней и Роберт, чей случай мы описывали в начале главы (Feldman et al., 1994). Карлос Домера — еще один мужчина с такими же нарушениями.

Карлос Домера — 30-летний портной, приехавший в США из Аргентины в возрасте 22 лет. Он женат на американке Филлис, своей ровеснице. Детей у них нет. Проблема мистера Домера состояла в том, что он уже год не мог заниматься сексом из-за отсутствия эрекции. В течение последних пяти месяцев он избегал сексуальных контактов со своей женой, а две предпринятые им попытки заняться любовью оказались неудачными, эрекция так и не наступила.

Эта пара развелась месяц назад по взаимному согласию, причиной развода стала напряженность, окружавшая их сексуальные отношения, и взаимный дискомфорт. Оба они признались, что любят и беспокоятся друг о друге, однако серьезно сомневаются в том, что смогут разрешить свои сексуальные проблемы.

Мистер Домера следовал стереотипу «страстного латиноамериканского любовника-мачо», он считал, что «должен легко достигать эрекции и быть всегда в состоянии заниматься любовью». Поскольку он не мог «одержать успех», то чувствовал себя униженным и неадекватным и стал избегать не только секса, но и любого выражения привязанности к своей жене.

Как казалось миссис Домера, «он и не пытается ничего сделать; пожалуй, он не любит меня, а я не могу жить без секса, без любви, с его плохим настроением». Она попросила мужа о временном разводе и он с готовностью согласился.

Тем не менее до последнего времени они виделись два раза в неделю...

Во время обследования мистер Домера сообщил, что его проблемы с эрекцией начались одновременно с напряженным периодом в бизнесе. После нескольких «неудач» в сексе он пришел к выводу, что «бесполезен как муж» и поэтому «полный неудачник». Тревога, которую он чувствовал, пытаясь заниматься любовью, была слишком сильна, и он не мог с ней справиться.

Мистер Домера нехотя признался, что время от времени он в одиночестве мастурбировал и достигал полной эрекции и оргазма. Тем не менее ему было стыдно и он чувствовал детскую вину оттого, что занимается мастурбацией, и ему казалось, что он «обманывает» свою жену. Он также сообщил, что просыпаясь по утрам, он испытывал сильную эрекцию. Этот пациент не принимал никаких лекарств, кроме антидепрессантов, и не употреблял алкоголь. У него не было никаких симптомов физической болезни (Spitzer et al., 1983, p. 105-106).

В отличие от мистера Домера, большинство мужчин страдают нарушениями эрекции после 50 лет, в основном потому, что во многом эти нарушения связаны с другими болезнями пожилых людей (Siedman & Rieder, 1995; Bankroft, 1989). Около 5% всех сорокалетних мужчин страдают от этого расстройства, а для семидесятилетних это соотношение составляет более 15% (Feldman et al., 1994). Кроме того, согласно опросам, половина всех взрослых мужчин по меньшей мере раз в жизни испытывает проблемы с эрекцией во время совокупления (Feldman et al., 1994). Трудности с эрекцией заставляют более 400 000 мужчин в США ежегодно обращаться к врачу и более 30 000 мужчин — ложиться в больницы (Ackerman & Carey, 1995).

В большинстве случаев нарушение эрекции вызвано сочетанием биологических, психологических и социокультурных причин (Ackerman & Carey, 1995; Rosen et al., 1994). Как показало одно из исследований, только в 10 из 63 случаев это расстройство обусловлено исключительно психосоциальными факторами и лишь 5 случаев были результатом одних физиологических факторов (LoPiccolo, 1991).

Фаза возбуждения — фаза цикла сексуального реагирования, характеризующаяся изменениями в области таза, общим физическим возбуждением, усилением сердцебиения, напряжением мышц, повышением артериального давления и учащением дыхания.

Расстройство полового возбуждения у женщин — дисфункция, для которой характерна неспособность женщины выделять необходимое количество смазки или достигать и поддерживать адекватное набухание гениталий во время сексуальной активности.

Нарушения мужской эрекции (эректильное расстройство) — дисфункция, при которой мужчине не удается во время занятий сексом достигать состояния эрекции и поддерживать его.

Биологические причины

То же нарушение гормонального баланса, которое вызывает снижение сексуального влечения, может привести и к нарушениям эрекции (Morales et al., 1991). Все же для нарушения эрекции более характерны сосудистые заболевания (Althof & Seftel, 1995; Carey et al., 1993). Так как эрекция возникает, когда полости пениса наполняются кровью, то этот тип нарушений может вызывать любая ситуация, при которой снижается приток крови к пенису, например, болезни сердца или закупорка артерий (LoPiccolo, 1997; Feldman et al., 1994). Причиной нарушения эрекции могут также стать сахарный диабет, поражения нервной системы, повреждения позвоночника, рассеянный склероз, почечная недостаточность или терапия с использованием аппарата искусственной почки (Dupont, 1995; Leiblum & Segraves, 1995). Кроме того, на эрекцию, так же как и на снижение сексуального влечения, может повлиять применение определенных медикаментов и различные злоупотребления — от пристрастия к алкоголю до курения (Segraves, 1998; LoPiccolo, 1997; Leiblum & Segraves, 1995).

Для диагностики биологических причин расстройства эрекции разработаны специальные медицинские процедуры, в том числе ультразвуковые исследования и анализы крови (Ackerman & Carey, 1995). Для оценки органических причин расстройства особенно полезно измерить возбуждение пениса во время сна (Althof & Seftel, 1995; Schiavi et al., 1993). Мужчины, как правило, испытывают эрекцию в так называемой фазе быстрого сна (эта фаза характеризуется наличием сновидений и быстрыми движениями зрачков). Здоровый мужчина каждую ночь переживает от двух до пяти периодов быстрого сна и эрекции возникают в течение двух-трех часов (рис. 11.3). Если мужчина испытывает мало эрекций или не испытывает их совсем, то можно говорить о какой-то органической причине нарушения эрекций (Mohr &

Beutler, 1990). В качестве оценивающего прибора иногда используют ленту «разрывного манометра», которую надевают перед сном и проверяют на следующее утро. Разорванная лента показывает, что ночью была эрекция (Mohr & Beutler, 1990).

Возбуждение пениса ночью (NPT) — эрекции во время сна.

<Психологические заметки. До 20 миллионов мужчин в США переживают ту или иную дисфункцию, связанную с эрекцией.>

Психологические причины

Любая из психологических причин может привести к снижению сексуального влечения, повлиять на возбуждение и привести к нарушению эрекции. Почти 90% всех мужчин, испытывающих тяжелую депрессию, в той или иной степени переживают дисфункцию, связанную с эрекцией (Leiblum & Segraves, 1995). Когнитивная теория, разработанная Уильямом Мастерсом и Вирджинией Джонсон (1970), дает обоснованное психологическое объяснение расстройств эрекции. В объяснении психологов особое внимание уделяется тревоге, связанной с совершением полового акта, и ролью наблюдателя. Когда у мужчины по какой-либо причине возникают проблемы с эрекцией, он начинает опасаться, что ему не удастся достичь эрекции, и беспокоится за каждый новый сексуальный акт. Вместо того чтобы расслабиться и получать сексуальное удовольствие, он отчужденно наблюдает за собой, смотрит на себя со стороны и весь сосредоточивается на достижении эрекции. Из возбужденного участника он превращается в судью и наблюдателя. Какова бы не была первоначальная причина дисфункции, связанная с эрекцией, роль наблюдателя приводит к столкновению с постоянной проблемой. В этом порочном круге первоначальная причина неудач, связанных с эрекцией, имеет меньше значения, чем страх перед будущим.



Рисунок 11.3. Измерение эрекции во время сна. Испытуемый А, мужчина, не испытывающий проблем с эрекцией, у него возникают нормальные эрекции в тот период сна, когда зрачки у человека двигаются и он видит сновидение. У испытуемого Б есть проблемы с эрекцией, но вызваны они, по крайней мере отчасти, психогенными факторами — иначе этот мужчина не испытывал бы никаких эрекции во время периода быстрого сна. Проблемы с эрекцией у испытуемого В — органические, эта интерпретация подтверждается отсутствием эрекции во время сна. (Adapted from Bankroft, 1985.)

Социокультурные причины

Те же социокультурные факторы, которые влияют на пониженное половое влечение, могут вызывать и нарушение эрекции. Мужчины, потерявшие работу, и те, кто испытывает финансовые трудности, чаще сталкиваются с проблемой эрекции (Morokoff & Gilliland, 1993). Стресс в супружеских отношениях тоже связан с этой дисфункцией. К нарушению эрекции могут привести две модели отношений между мужем и женой (LoPiccolo, 1991). В одной из них жена слишком мало стимулирует своего стареющего мужа, которому, как это бывает в старости, теперь для эрекции требуется более интенсивная и длительная стимуляция пениса. Во второй модели взаимоотношений оба партнера считают, что жена может испытать оргазм только во

время совокупления. Такое представление усиливает давление на мужчину, вынуждая его к эрекции, и он с большей вероятностью может приобрести этот вид дисфункций. Если жена достигает оргазма во время ручной или оральной стимуляции, то напряженность мужа, связанная с совершением полового акта, ослабляется.

Расстройства фазы оргазма.

В цикле сексуального реагирования в фазе оргазма сексуальное удовольствие человека достигает пика и сексуальное напряжение спадает по мере того, как мышцы таза сокращаются или ритмически сближаются. Мужское семя выбрасывается и внешняя треть стенок вагины женщины сокращается. Дисфункции этой фазы цикла сексуального реагирования — преждевременная эякуляция, мужские оргазмические расстройства и женские оргазмические расстройства.

Тревога, связанная с выполнением полового акта — страх перед неадекватным выполнением действия и повышенное напряжение во время занятий сексом.

Роль наблюдателя — состояние сознания, которое испытывают некоторые люди во время секса, когда они полностью сосредоточиваются на выполнении действия и их удовольствие от секса снижается.

Фаза оргазма — фаза цикла сексуального реагирования, во время которой сексуальное удовольствие человека достигает высшей точки и сексуальное напряжение спадает, по мере того как мышцы таза ритмически сокращаются.

<Вопросы для размышления. Некоторые теоретики считают, что тревога, связанная с выполнением действия и роль наблюдателя, — основные факторы в некоторых сексуальных дисфункциях. Существуют ли другие важные для жизни области, дисфункции которых также можно объяснить тревогой перед выполнением действия и ролью наблюдателя?>

Крупным планом

Паттерны сексуального поведения

Сексуальные дисфункции по определению отличаются от нормы или по крайней мере от обычных моделей сексуального функционирования человека. Однако что можно считать нормальным в сексуальной сфере? Удивительно, но этот вопрос до недавнего времени не исследовался. В середине 80-х врачи обнаружили, что их усилия предотвратить распространение СПИДа наталкиваются на нехватку данных. Они начали проводить обширные исследования сексуального поведения. В целом, исследования прошлых десятилетий дали достаточно полезной информации, которая говорит много нового о сексуальных паттернах «нормальной» части населения (Siedman & Rieder, 1995; Laumann et al., 1994; Janus & Janus, 1993).

Тинейджеры

В конце подросткового возраста начинают мастурбировать более 90% мальчиков и всего 50% девочек. Для подавляющего числа девочек мастурбация начинается в возрасте 14 лет. Мужчины говорят о том, что мастурбируют в среднем один или два раза в неделю, а женщины — что раз в месяц.

Около 20% тинейджеров в возрасте 15 лет уже занимаются сексом и 80% занимаются сексом к 19 годам. Современные тинейджеры начинают заниматься сексом в более раннем возрасте, чем подростки прошлых поколений. Большинство сексуально опытных тинейджеров занимаются сексом только с одним партнером. Тем не менее, взрослея, большинство тинейджеров обзаводятся по крайней мере двумя сексуальными партнерами, а 10% имеют пять партнеров и больше.

По-прежнему часто бывает, что у тинейджеров складываются длительные отношения без занятий сексом. Половина сексуально опытных девочек-подростков занимаются сексом раз в месяц или меньше. Сексуально опытные мальчики в среднем шесть месяцев в году не занимаются сексом.

В последнее десятилетие тинейджеры стали чаще использовать презервативы, отчасти из-за угрозы СПИДа. Тем не менее по большей части только половина опрошенных подростков говорит о том, что они пользовались презервативом в прошлый раз, когда занимались сексом. Менее трети тинейджеров постоянно пользуются презервативом.

Ранняя зрелость (возраст 18-24 года)

Более 80% неженатых молодых взрослых в течение года вступают в сексуальные отношения. Из сексуально активных взрослых около трети совершают половые акты два-три раза в месяц и еще треть занимается сексом два-три раза в неделю. Многие молодые взрослые мастурбируют: мастурбацией занимается около 60% мужчин, из них одна треть по крайней мере раз в неделю, и 36% женщин, из них каждая десятая мастурбирует по крайней мере раз в неделю.

Средний возраст (25-59 лет)

В возрасте от 25 до 59 лет сексуальные взаимоотношения длятся дольше и люди начинают склоняться к моногамии. В течение года в этом возрасте занимаются сексом более 90% людей. У половины холостых мужчин и у четверти незамужних женщин бывают по два или более партнера.

Среди сексуально активных взрослых около 60% мужчин совершают половые акты около трех раз в неделю и около 60% женщин занимаются сексом один-два раза в неделю. И в среднем возрасте взрослые занимаются мастурбацией. Половина мужчин среднего возраста мастурбирует по меньшей мере раз в месяц. Половина женщин в возрасте 25-50 лет мастурбирует раз в месяц и только треть продолжает мастурбировать в возрасте от 51 до 64 лет.

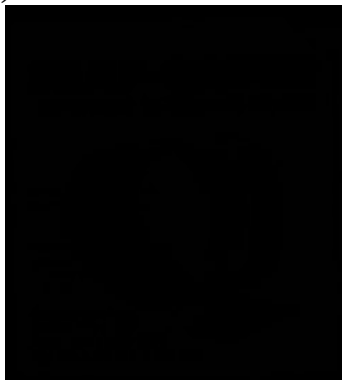
Пожилые люди (старше 60 лет)

С возрастом люди постепенно перестают заниматься сексом — 10% сорокалетних, 15% в возрасте пятьдесят лет и старше, 30% тех, кому за шестьдесят, и 45% тех, кому за семьдесят. Снижение мужской сексуальной активности обычно происходит не сразу по мере того, как мужчины стареют и их здоровье ухудшается. Сексуальная активность пожилых женщин часто прекращается внезапно, как правило, из-за смерти или болезни партнера. Пожилые женщины также, по-видимому, утрачивают интерес к сексу раньше мужчин. Половина женщин и лишь менее 10% мужчин, которым за шестьдесят, сообщают, что поддерживают к сексу ограниченный интерес. Среди пожилых людей, остающихся сексуально активными, те, кому за шестьдесят, занимаются сексом в среднем около четырех раз в месяц, те, кому за семьдесят, совершают половые акты два или три раза в месяц. Около 70% пожилых мужчин и 50% пожилых женщин по-прежнему предаются сексуальным фантазиям. Около половины мужчин и одна четверть женщин продолжает мастурбировать в возрасте за 90. Очевидно, что сексуальный интерес и поведение остаются важной частью жизни для многих людей, даже когда они стареют и их сексуальное реагирование в некоторой степени изменяется.

Преждевременная эякуляция

Переживания Эдди типичны для мужчин, страдающих от преждевременной эякуляции.

Эдди, 20-летний студент, пришел на лечение после того, как прекратил встречаться со своей девушкой, потому что эякуляция возникала у него слишком рано и девушка испытывала постоянную сексуальную фрустрацию. Раньше у Эдди был только один сексуальный опыт — во время учебы в старших классах школы. Со своими друзьями он отправился в соседний город и нашел проститутку. Они взяли ее с собой, отъехали в пустынное место и по очереди занимались с ней сексом, пока другие ждали рядом с машиной. И проститутка, и его друзья заставляли Эдди поторопиться, потому что боялись, что их застигнет полиция. Кроме того, была зима и очень холодно. Когда Эдди вступил в сексуальные отношения со своей подругой, то вся его сексуальная история состояла из этого поспешного совокупления, практически без эротического стимулирования. Когда он ласкал грудь своей девушки и ее гениталии, а она прикасалась к его пенису, то его это настолько возбуждало, что Эдди иногда эякулировал, не успев ввести пенис во влагалище или через минуту после начала коитуса (LoPiccolo, 1995, p. 495).



Психологические или органические факторы? Разрывной нанометр надевают на пенис ночью, это фабричная лента с тремя пластиковыми нитями. Если нити с утра порваны, то мужчина знает, что он испытывал нормальную эрекцию во время сна и, скорее всего, отсутствие эрекции во время совокупления связано с психологическими факторами. Если пластиковые нити остаются нетронутыми, то проблемы с эрекцией

вызваны органическими причинами.

Преждевременная эякуляция — дисфункция, в которой мужчина достигает оргазма и эякулирует до или вскоре после проникновения пениса, или раньше, чем этого желает.

Мужское оргазмическое расстройство — мужская дисфункция, при которой мужчина постоянно оказывается не в состоянии достичь оргазма или оргазм наступает через длительный промежуток времени после нормального сексуального возбуждения.

Мужчина, страдающий преждевременной эякуляцией, постоянно достигает оргазма и эякулирует при очень слабой сексуальной стимуляции до или вскоре проникновения или до того, как он этого захочет (см. список DSM-IV). У 25-40% мужчин в США порой происходит преждевременная эякуляция (Laumann et al., 1994; St. Lawrence & Madakasira, 1992). Средняя продолжительность коитуса в нашем обществе за прошедшие несколько десятилетий увеличилась, и расстройства мужчин, страдающих от преждевременной эякуляции, участились. Как правило, такому типу расстройства подвержены мужчины в возрасте до 30 лет (Bancroft, 1989).

Существует гораздо больше исследований на тему психологических и в особенности поведенческих причин преждевременной эякуляции, чем каких-либо других. Эта дисфункция, по-видимому, типична для молодых и сексуально неопытных мужчин вроде Эдди, которые просто не могут действовать помедленнее, контролировать свое возбуждение и растягивать приятный процесс занятия любовью. В действительности преждевременная эякуляция случается довольно часто, если молодой человек впервые занимается сексом. Приобретая продолжительный сексуальный опыт, большинство мужчин начинают лучше контролировать свою сексуальную реакцию. Мужчины, занимающиеся сексом от случая к случаю, также склонны к преждевременной эякуляции (LoPiccolo, 1985).

Врачи предположили, что преждевременная эякуляция может быть связана с тревогой, которую мужчины чувствовали во время быстрой мастурбации в отрочестве (когда боялись, что их «застукают» родители), или это явление возникает из-за плохого осознания своего собственного сексуального возбуждения. Тем не менее ни одна из этих теорий однозначно не подтверждается практическими исследованиями (Strassberg et al., 1990, 1987; Heineman et al., 1986).

Сцены из современной жизни

Улучшение жизни собак

Одна фирма в Бакнере, штат Миссури, выпустила новый продукт: искусственные яички для собак. Их помещают в мошонку собаки сразу после кастрации, чтобы защитить животное от психологического расстройства. Эти яички сделаны из полипропилена, материала, использующегося для изготовления хирургических инструментов и некоторых имплантантов. Только в 1996 году было распродано свыше тысячи пар. Как сказал владелец одного пса: «Собака как ребенок. Это одно и то же. Нужно учитывать его чувства» (Steinberg, 1996). Все же многие ветеринары сомневаются в том, что пластиковые заменители могут повысить собачью самооценку (Uhlig, 1996).

<Вопросы для размышления. Почему некоторые владельцы собак считают, что этот продукт необходим и полезен? Может быть, владельцы домашних животных слишком поспешно проецируют человеческий дискомфорт и страхи на животных? С другой стороны, почему некоторые столь критически относятся к беспокойству, доброте и привязанности многих людей к своим домашним любимцам?>

Расстройства оргазма у мужчин (оргазмическая дисфункция)

Мужчина с расстройством оргазма постоянно не достигает оргазма или оргазм у него наступает лишь через длительное время после нормального сексуального возбуждения (см. справочник DSM-IV). Этот тип расстройств возникает только у 1-3% мужского населения (Dekker, 1993). Такое нарушение очень огорчает мужчину, как, например, в случае Джона.

Джон, 38-летний торговый представитель, женат уже 9 лет. По настоянию своей 32-летней жены эта пара решила проконсультироваться насчет своей сексуальной проблемы — неспособности Джона эякулировать во время полового акта. В первые годы брака его жене было трудно достичь оргазма, пока он не научился откладывать свою эякуляцию на более длительный период времени. Для этого он применял технику психического отвлечения и постоянно курил марихуану перед тем, как занимался любовью. Сначала Джон чувствовал глубокое удовлетворение — он мог все дольше и дольше заниматься сексом без эякуляции, и считал свою способность

признаком мужественности.

Приблизительно за три года до начала консультирования, после рождения их единственного ребенка, Джон обнаружил, что у него пропадает эрекция до того, как он оказывается в состоянии эякулировать. Его жена предложила пробовать во время совокупления разные позиции, но чем больше стараний Джон прилагал, тем труднее ему было достичь оргазма. Из-за фрустрации пара начала совершенно избегать секса. С каждой новой неудачей тревога Джона возрастала, и вместе с ней росло ощущение беспомощности и неспособности справиться с проблемой (Rosen & Rosen, 1981, p. 317-318).

Биологические факторы, которые могут помешать эякуляции, это низкий уровень тестостерона, некоторые нервные заболевания и повреждения головы и позвоночника (LoPiccolo, 1997, 1995, 1985). Такую дисфункцию могут вызвать и вещества, затормаживающие работу симпатической нервной системы, например, алкоголь, лекарства, снижающие артериальное давление, некоторые антидепрессанты и лекарства для снятия тревоги и стресса (Segraves, 1998, 1995, 1993; LoPiccolo, 1997). Например, такие антидепрессанты, как флуоксетины («Prozac»), по-видимому мешают эякуляции у 15-25% тех мужчин, которые их принимают (Nitenson & Cole, 1993; Buffum 1992).

Наиболее вероятно, что главной психологической причиной мужских оргазмических расстройств является тревога, связанная с половым актом, и фиксация на роли наблюдателя, однако и когнитивные факторы также влияют на этот вид нарушений. Как только мужчина сосредоточивает все свое внимание на том, чтобы достичь оргазма, он может из возбужденного участника превратиться в холодного, критически относящегося к себе и пугливого наблюдателя (LoPiccolo, 1995). Наконец, еще одной причиной мужских оргазмических расстройств может стать сниженное половое влечение (Rosen & Leiblum, 1995; LoPiccolo & Friedman, 1988). Мужчина, который занимается сексом главным образом из-за давления своего партнера, на самом деле не желая этого, может просто недостаточно возбудиться, чтобы достичь оргазма (рис. 11.4).

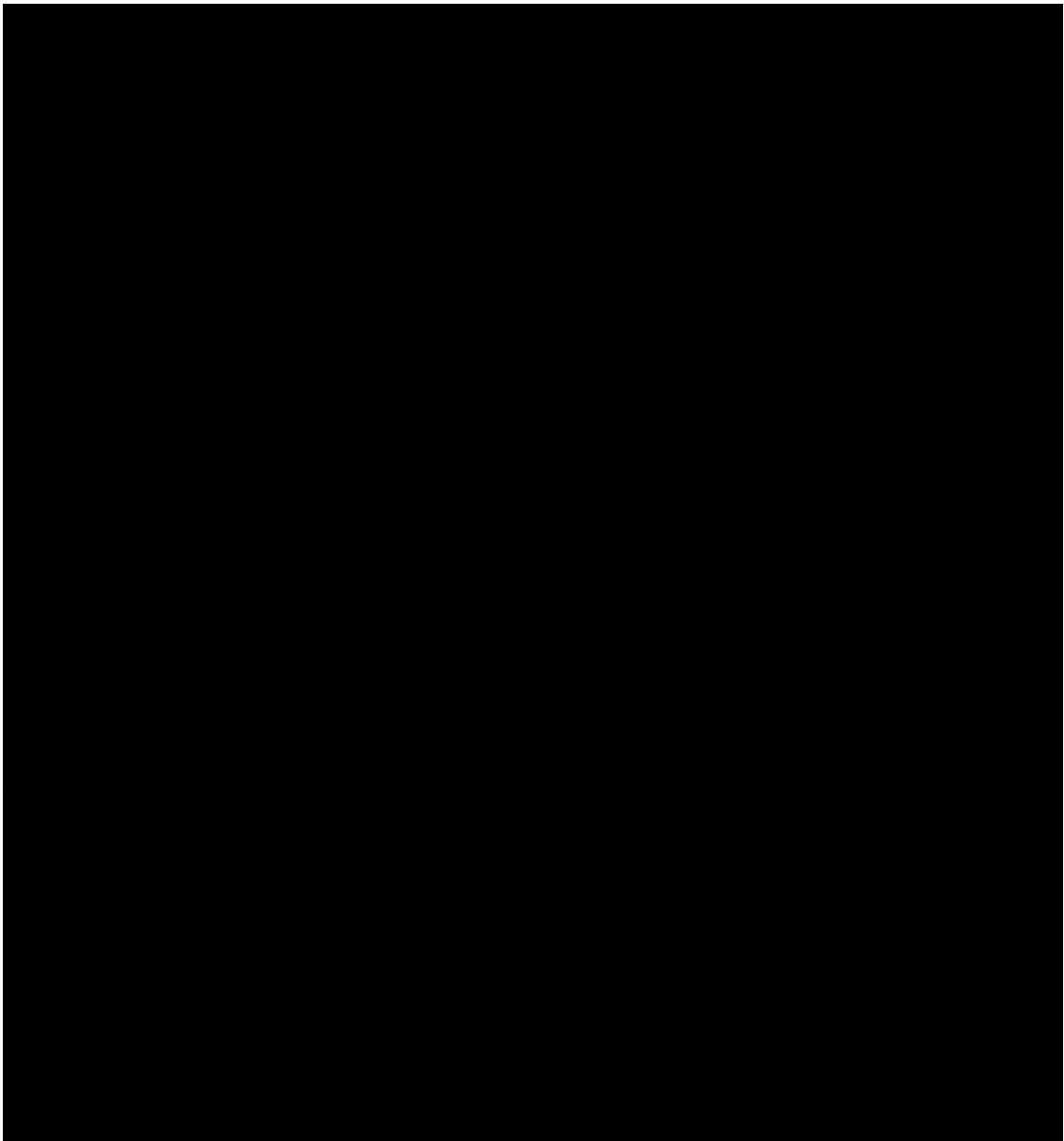


Рисунок 11.4. Нормальная структура мужских половых органов. Во время каждой фазы цикла сексуального реагирования происходят изменения в мужских половых органах. (Adapted from Hyde, 1990, p. 199.)

<Психологические заметки. Оргазмы могут иногда возникать во время сна. Древние вавилоняне говорили, что такие ночные оргазмы вызывала «дева ночи», приходившая к мужчинам, когда они спали, и «маленький ночной мужчина», приходивший к женщинам. (Kahn & Fawcett, 1993.)>

Расстройство женского оргазма

Стефани и Билл женаты три года, они обратились к секс-терапии из-за того, что Стефани совершенно не испытывает оргазма.

У Стефани никогда не наступал оргазм, но так как Билл очень тревожился, до недавнего времени она притворялась, что испытывает оргазм. Наконец она рассказала мужу правду, и они занялись терапией вместе. Стефани выросла в строгой религиозной семье. Она не помнила, чтобы ее родители целовались или открыто проявляли физическое влечение друг к другу. Ее сурово наказали один раз, когда ее мать увидела, что семилетняя Стефани разглядывает свои гениталии. Стефани не получила никакого сексуального образования от своих родителей, и когда у нее начались менструации, мать сказала, что это просто означает, что появилась возможность забеременеть, так что она никогда не должна целовать мальчика или позволять мальчику дотрагиваться до нее. Мать следила за ее встречами и повторяла, что «мальчикам нужно только одно». Хотя отец и мать Стефани критически и требовательно относились к ней (спрашивали, почему у нее в таблице есть одна оценка Б, если по всем остальным предметам — А), они были любящими родителями и их

одобрение много для нее значило (LoPiccolo, 1995, p. 496).

Женщина с расстройством оргазма редко испытывает оргазм или это состояние наступает у нее только спустя длительное время (см. список в справочнике DSM-IV). Эта проблема, по-видимому, встречается более чем у 20 % женщин, в том числе у трети женщин в период после менопаузы (Rosen & Leiblum, 1995; Laumann et al., 1994). Исследования показывают, что более 10% современных женщин никогда не испытывали оргазм, ни занимаясь мастурбацией, ни во время совокупления, и по крайней мере еще 10% испытывают оргазм лишь изредка (LoPiccolo, 1995). В то же время половина женщин переживают оргазм во время совокупления более или менее регулярно (LoPiccolo & Stock, 1987). Более сексуально настойчивые женщины (Hulbert, 1991) и те, кто не ощущает тревоги, занимаясь мастурбацией (Kelly, Stressberg, & Kircher, 1990), чаще испытывают оргазм.

Большинство клиницистов единодушны в том, что оргазм во время совокуплений не показатель нормального сексуального функционирования. Женщина может достигать оргазма со своим партнером и во время прямой стимуляции клитора (LoPiccolo, 1995). Несмотря на то, что в ранней психоаналитической теории отсутствие оргазма во время совокупления считалось патологическим, данные исследований показывают, что женщины, которым для достижения оргазма требуется стимуляция клитора, — совершенно нормальны и здоровы (Stock, 1993).

Как мы уже отмечали выше, нарушение оргазма у женщин, как правило, связано с нарушением сексуального возбуждения, причины и того и другого нужно исследовать, объяснять и лечить вместе (APA, 1995). Опять-таки, в нарушениях этого типа имеют значение биологические, психологические и социокультурные факторы.

Расстройство оргазма у женщин — дисфункция, при которой женщина редко испытывает оргазм или постоянно испытывает оргазм только спустя длительное время.

Биологические причины

На женское возбуждение и оргазм может повлиять целый ряд физиологических условий. Диабет приводит к нарушению действия нервной системы, поэтому у женщин с диабетом нарушается возбуждение, смазка вагины и оргазм. Отсутствие оргазма иногда связано с рассеянным склерозом и другими заболеваниями нервной системы, оно может быть вызвано применением тех же лекарств и препаратов, которые мужчинам мешают достичь эякуляции. Изменения в организме женщин после менопаузы также могут привести к этому расстройству, поскольку изменяется чувствительность кожи, структура клитора и стенок вагины (LoPiccolo, 1997; Segraves, 1995).

Психологические причины

Психологические причины, обуславливающие пониженное сексуальное влечение и сексуальное отвращение, могут привести к нарушению оргазма и сексуальному отвращению. Помимо этого, как утверждают теоретики психодинамического направления, порой с такими расстройствами напрямую связаны воспоминания о детских травмах. В одном обширном исследовании воспоминания о несчастливом детстве или потере одного из родителей соотносились с отсутствием оргазма в зрелом возрасте (Raboch & Raboch, 1992). В другой научной работе указывается, что детские воспоминания о хороших взаимоотношениях с матерью, привязанность между родителями, позитивная личность матери и выражение положительных эмоций матери взаимосвязаны с оргазмом (Heimann et al., 1986).

Социокультурные причины

В течение нескольких лет клиницисты считали, что снижение возбуждения и нарушение оргазма зачастую возникают у женщин как результат воздействия общества, внушающего, что им следует сдерживаться и отрицать свою сексуальность. И действительно, многие женщины с этими проблемами утверждают, что у них было строгое религиозное воспитание, в детстве их наказывали за мастурбацию, не подготавливали к менархе, в юности их свидания с мальчиками ограничивались, и им говорили, что «хорошие девочки так себя не ведут» (LoPiccolo, 1997; Masters & Johnson, 1970).

Тем не менее многие женщины с ограничением сексуальности в юности впоследствии на свиданиях проявляют нормальную сексуальную реакцию (LoPiccolo, 1997; LoPiccolo & Stock, 1987). Культурные нормы, касающиеся женской сексуальности, стали более позитивными в последние годы (рис. 11.5), но при этом уровень нарушений женского возбуждения и расстройств оргазма остается прежним. Почему у некоторых женщин возникают нарушения сексуального возбуждения и нарушения оргазма?

Исследователи предположили, что события, связанные с сильным стрессом, травмы или стрессовые взаимоотношения усиливают страхи, воспоминания и установки, присутствующие в этих дисфункциях. Например, от 50 до 75% женщин, которые в детстве были развращены или изнасилованы, во взрослом возрасте страдают от нарушения оргазма (Browne & Finklehor, 1986).

Сексуальные установки	Мужчины, %	Женщины, %
«Встречи на одну ночь» унизительны»	47	68
«Сексуальное удовольствие моего партнера гораздо важнее моего собственного»	53	34
«Мастурбация — естественная часть жизни»	66	67
«Сексуально я считаю себя либеральным(ой)»	52	35
«Меня тревожат сведения о болезнях, передающихся половым путем»	86	80

Рисунок 11.5. Сексуальные установки и пол. В соответствии с опросами, женщины чаще считают «встречи на одну ночь» унизительными, тогда как, вопреки стереотипам, мужчины чаще говорят, что удовольствие их сексуального партнера важнее для них, чем их собственное. (Adapted from Janus & Janus, 1993.)

Исследователи также связывают оргазм с характером интимных отношений. В одной работе отмечается, что вероятность достижения оргазма непосредственно связана с тем, насколько увлечен был каждый партнер во время первого полового акта и сколько длились их отношения. Удовольствие, которое получила женщина во время этого опыта, во многом определяет ее влечение к телу нынешнего партнера и счастье в браке (Heiman et al., 1986). Интересно, что в том же самом исследовании обнаружилось, что сексуальные фантазии во время занятий сексом с нынешним партнером более характерны для женщин, испытывающих оргазм, чем для неоргазмических женщин.

<Вопросы для размышления. Нормы сексуального поведения, распространенные в обществе, как правило, описываются на основании данных, полученных при опросах обычных людей. Тем не менее многим людям кажется, что секс — это их личное дело, и они отказываются принимать участие в подобных опросах, а те, кто все-таки отвечает на анкеты, как правило, либеральнее, сексуально опытнее и склонны к более вольному поведению, чем средний человек. Какие проблемы могут в связи с этим возникнуть у исследователей, занимающихся сексуальными расстройствами?>

Болевые ощущения во время занятий сексом.

Две сексуальные дисфункции не вписываются в конкретную фазу цикла сексуального реагирования. Это расстройства, связанные с болевыми ощущениями во время секса, — вагинизм и диспареуния. И то и другое причиняет сильный физический дискомфорт во время занятий сексом.

Вагинизм — *непроизвольное сокращение мышц вокруг внешней трети вагины, препятствующее проникновению пениса.*

Вагинизм

При вагинизме непроизвольные сокращения мускулов вокруг внешней трети вагины препятствует проникновению пениса (см. список в справочнике DSM-IV). В самых серьезных случаях это расстройство может вообще помешать паре заниматься сексом. Около 20% женщин время от времени испытывают боль во время совокупления, однако вагинизмом страдают менее 1% всех женщин (LoPiccolo, 1995).

Большинство клиницистов соглашаются с когнитивно-бихевиористской точкой зрения о том, что вагинизм это, как правило, приобретенная реакция, он вызван ожиданием женщины, что совокупление будет болезненным и может принести вред. Многие факторы, по-видимому, подготавливают почву для возникновения такого страха, в том числе тревога и нехватка знаний и представлений о совокуплении, преувеличенные истории о том, насколько болезненным и кровавым будет первый половой акт, это расстройство также может возникнуть после травмы, когда неумелый любовник попытается ввести свой пенис в вагину еще до того, как женщина возбудилась и у нее выработалась смазка. Конечно, вагинизм может возникнуть после изнасилования в детстве или во взрослом возрасте (LoPiccolo, 1995).

Некоторые женщины испытывают болезненные ощущения во время совокупления из-за вагинальной инфекции или инфекции мочевыводящих путей, причиной также может быть гинекологическое заболевание, например простой герпес, или физиологические эффекты после менопаузы. Они приводят к заболеванию, иногда называемому «рациональным» вагинизмом, при котором ввод пениса причиняет женщинам боль в том случае, когда они не пользуются специальными лекарственными средствами (LoPiccolo, 1995).

Большинство женщин, страдающих вагинизмом, подвержены и другим сексуальным дисфункциям. Некоторые, однако, при этом все же получают большое удовольствие от секса, у них сильный сексуальный драйв и они достигают оргазма после стимуляции клитора. Такие женщины просто боятся проникновения пениса в вагину.

Диспареуния

Человек, страдающий диспареунией (от латинских слов, обозначающих «болезненное спаривание»), чувствует острую боль в гениталиях во время занятий сексом (см. список в справочнике DSM-IV). Иногда диспареуния возникает и у мужчин, но она все же более характерна для женщин. Опросы показывают, что диспареуния в той или иной степени наблюдается у 10-15% женщин (Rosen & Leiblum, 1995; Laumann et al., 1994). Те, кто страдает от нее, как правило, получают удовольствие от секса и возбуждаются, но им кажется, что их сексуальная жизнь сильно ограничивается из-за боли, сопровождающей событие, в целом считающееся позитивным.

У женщин диспареуния, как правило, вызвана физическими причинами (LoPiccolo, 1995; Steege & Ling, 1993). Среди самых распространенных факторов, которые приводят к этому расстройству, можно назвать различного рода повреждения в организме женщины во время родов: травмы вагины, шейки матки, самой матки или тазовых суставов. Боль также возникает и от шрама после эпизиотомии (разреза, делающегося для расширения входа в вагину и облегчения рождения ребенка). Диспареуния может также появиться после столкновения пениса с остатками девственной плевы; ее причинами могут стать вагинальные инфекции; жесткие волосы на лобке партнера, которые трутся о губы влагалища во время совокупления; заболевания в области таза; опухоли; кисты; аллергические реакции на лекарства, вводимые в вагину, контрацептивные кремы, резина в презервативах или диафрагмах или протеин в сперме (LoPiccolo & Stock, 1987).

Несмотря на то, что проблемы во взаимоотношениях или психологические последствия сексуального нападения могут внести свою лепту в сексуальное расстройство, сами по себе психосоциальные факторы редко приводят к возникновению этого заболевания (LoPiccolo, 1995; LoPiccolo & Stock, 1987). В тех случаях, когда срабатывают исключительно психогенные факторы, причина болевых ощущений — сниженное сексуальное желание (Steege & Ling, 1993), поскольку для женщины болезненно проникновение в ее невозбужденную вагину, в которой нет смазки.

<Ритуал инициации. Девушке-подростку в горах Самбуру в Кении надрезают гениталии (клитор и половые губы), для того чтобы ее допустили в общество зрелых женщин. Образованные африканки все чаще отрицательно относятся к этой традиции, распространенной в этнических группах 28 стран на континенте (Dagger, 1996). Они считают, что такая операция может привести к различным сексуальным дисфункциям, лишает женщин сексуального удовольствия и приводит к медицинским проблемам во время деторождения.>

Диспареуния — расстройство, для которого характерна острая боль в гениталиях во время занятий сексом.

<Психологические заметки. Коитус, термин, обозначающий сексуальное совокупление, происходит от латинского термина *coire* — идти вместе.>

Резюме

Сексуальные дисфункции мешают человеку получать полноценное удовольствие от секса или делают его невозможным.

Нарушения, связанные с расстройствами фазы влечения в цикле сексуального реагирования, — это сниженное сексуальное влечение, характеризующееся отсутствием интереса к сексу, и сексуальное отвращение — то есть отвращение к занятиям сексом вообще. Биологические причины таких расстройств — нарушения гормонального уровня, некоторые лекарства и болезни. Психологические и социокультурные причины дисфункций — отдельные страхи, тревожные ситуации, проблемные взаимоотношения, травма после сексуального нападения или изнасилования.

Расстройства, характерные для расстройств фазы возбуждения, — это нарушение женского сексуального возбуждения. Для них характерны отсутствие смазки и набухания гениталий во время секса, а мужские расстройства этого типа — неспособность достичь и поддержать эрекцию во время секса. Биологические причины мужских сексуальных расстройств — это отличающийся от нормального уровень гормонов, сосудистые проблемы, состояние здоровья и некоторые лекарства. Психологические и социокультурные причины дисфункций — тревога, связанная с совершением полового акта и сосредоточенность на роли наблюдателя, а также давление ситуации, например, потеря работы и проблемы во взаимоотношениях. Расстройства фазы оргазма — преждевременная эякуляция. При этом оргазм и эякуляция постоянно достигаются до или вскоре после ввода пениса. Эти расстройства связаны с поведением, их причиной могут стать слишком раннее знакомство с сексом или неопытность мужчины. Нарушение оргазма у мужчин, повторяющееся отсутствие оргазма или его задержка связываются с биологическими причинами, например с низким уровнем тестостерона, нервными заболеваниями и некоторыми лекарствами. Психологически это расстройство может быть обусловлено тревогой, связанной с выполнением действия и ролью наблюдателя. Нарушение оргазма у женщин — постоянное отсутствие или длительная задержка оргазма у женщин. Это расстройство, так же как и понижение влечения, связано с биологическими причинами, теми или иными заболеваниями и изменениями, происходящими после менопаузы, психологическими причинами — воспоминаниями о детских травмах и социокультурными причинами, например, с проблемой взаимоотношений. Расстройства, связанные с ощущением боли, — это диспареуния и вагинизм, непроизвольное сокращение мышц вокруг внешней трети вагины, препятствующее вводу пениса. При диспареунии человек испытывает сильную боль в гениталиях во время занятий сексом. Диспареуния обычно встречается у женщин, и, как правило, она вызвана физиологическими причинами — например, органическими повреждениями после рождения ребенка. **<Психологические заметки.** Две трети молодых взрослых в наше время живут вместе до брака. Менее одной трети их родителей делали то же самое (Michael et al, 1994).>

Лечение сексуальных дисфункций.

За последние тридцать лет в лечении сексуальных расстройств произошли значительные перемены. В первой половине двадцатого века в качестве основного метода при лечении применялась длительная психодинамическая терапия. Клиницисты считали, что сексуальные дисфункции возникали из-за того, что мужчина или женщина неправильно прошли стадии психосексуального развития, и применяли техники свободной ассоциации и терапевтические интерпретации, которые должны были помочь клиентам понять самих себя и свои проблемы. Несмотря на то, что психологи ожидали, что значительные личностные изменения должны улучшить сексуальное функционирование, психодинамическая терапия, как правило, не приносила успеха (Bergler, 1951). В 50-х и 60-х годах терапевты-бихевиористы предложили новые средства лечения сексуальных дисфункций. Как правило, они пытались ослабить страхи пациентов, которые, как им казалось, были причиной сексуальных расстройств, применяя такие процедуры, как тренинг релаксации и систематическую десенситизацию. [Техника поведенческой (бихевиоральной) психотерапии, при которой на стимул, первоначально вызывающий тревогу, вырабатывается конкурирующая с ней реакция (реакция релаксации). — Прим. перев. (Lazarus, 1965; Wolpe, 1958).] Такой подход в какой-то степени был успешен, однако он не срабатывал, когда психологи имели дело с дезинформацией, негативными установками и неэффективной сексуальной техникой (LoPiccolo, 1995). После опубликования в 1970 году книги Уильяма Мастерса и Вирджинии Джонсон «Сексуальная неадекватность человека» в лечении сексуальных дисфункций произошла революция. Психологи предложили комплексный метод секс-терапии, включающий технику на основе различных моделей, когнитивную терапию, терапию поведения, терапию семьи или влюбленной пары (LoPiccolo, 1997).

Секс-терапия.

Курс современной секс-терапии занимает небольшой промежуток времени, это обучающая терапия, которая, как правило, длится от 15 до 20 занятий. Как пояснил секс-терапевт и исследователь Джозеф Лопикколо (LoPiccolo, 1997, 1995), она концентрируется на специфических сексуальных проблемах, а не на проблемах личности вообще. Уже знакомый нам Карлос Домера, аргентинец с расстройством эрекции, с успехом реагировал на многочисленные техники современной секс-терапии.

В конце встречи, на которой оценивалась ситуация семейной пары, психиатр заверил, что у мистера Домера была «обратимая психологическая» сексуальная проблема, обусловленная несколькими факторами, в том числе и депрессией, но в последнее время его тревожность и застенчивость, его высокие требования к самому себе и некоторые проблемы, связанные с культурой и самими взаимоотношениями, затруднили ему общение и не дают возможности по-настоящему расслабиться. Этой семейной паре сказали, что краткий курс терапии, сосредоточенный главным образом на сексуальных проблемах, скорее всего приведет к значительным улучшениям за 10-15 занятий. Их уверили, что происхождение этой проблемы почти наверняка не физиологическое, а психогенное, и прогноз оказался точен.

Мистер Домера был шокирован и сперва скептически воспринял слова терапевта, однако пара согласилась приступить к лечению и встречаться с терапевтами каждую неделю. Им дали типичное «первое задание» для выполнения дома: они должны были попробовать ласкать друг друга, следуя особой инструкции, но при этом не надо было стимулировать гениталии или заниматься сексом, даже если у мистера Домера и появилась бы эрекция.

Неудивительно, что во время второй встречи с терапевтом мистер Домера сообщил, смущенно улыбаясь, что они «жульничали» и занимались сексом «против правил». Это было их первое удачное занятие любовью более чем за год. Терапевт оценил их успех, но строго предупредил, что зачастую сначала наступает быстрое улучшение, после которого в течение нескольких недель тревога, связанная с исполнением полового акта, усиливается, и они снова могут вернуться к первоначальной проблеме...

На второй и четвертой неделе мистер Домера не достиг состояния эрекции во время любовной игры. На терапевтических сеансах ему помогали принимать себя таким, какой он есть — с эрекцией или без, и учили просто наслаждаться чувственным контактом, не занимаясь сексом. Супруга старалась убедить мужа, что он мог доставить ей удовольствие при помощи ручной или оральной стимуляции и что, несмотря на то что она получала удовольствие от совокупления, ей нравились и другие стимуляции, когда он находился в расслабленном состоянии.

Мистер Домера пытался побороть свое представление о том, что должен делать «настоящий мужчина», и вынужден был согласиться, что ему тоже понравилась техника ласки без совокупления. Терапевт ободрял его и побуждал рассматривать свои новые навыки в занятиях любовью как «успех», мистер Домера должен был признать, что во многом превзошел других любовников и мужей, так как слушал свою жену и отвечал на ее просьбы.

К пятой неделе пациент с успехом занимался сексом, чувствуя спокойную уверенность, а на девятой сессии он регулярно ощущал эрекцию. Супруги по взаимному согласию или занимались сексом или выбирали другую сексуальную технику для достижения оргазма. Через десять сеансов терапия подошла к концу... (Spitzer et al., 1983, p. 106-107).

<Мастерс и Джонсон. Обширное исследование, теории и клинические доклады Уильяма Мастерса и Вирджинии Джонсон резко изменили понимание и лечение сексуального функционирования и дисфункций.>

Как видно из лечения мистера Домера, современная секс-терапия располагает различными методами и техниками. Следующие методы и техники применяются почти во всех случаях, независимо от дисфункции.

1. Оценка и концептуализация проблемы: пациентов осматривает врач, у них берут интервью и пациенты рассказывают свою «сексуальную историю» (Warren & Sampson, 1995) (рис. 11.6). Во время первых интервью терапевт старается понять события прошлой жизни пациента и в особенности факторы настоящего, влияющие на дисфункцию. Порой, чтобы прийти к правильному заключению, нужна целая команда специалистов, в том числе психолог, уролог и невропатолог.

2. Взаимная ответственность: терапевт подчеркивает принцип взаимной

ответственности. Партнеры решают сексуальную проблему, возникшую в их взаимоотношениях, независимо от того, кто из них в действительности страдает от дисфункции, и лечение будет более успешным, если терапию проходят оба (Heiman et al., 1981).

3. Образование и сексуальность: многие пациенты, страдающие от сексуальных дисфункций, знают очень мало о физиологии и технике секса. Так что секс-терапевты могут предложить им дискуссии, образовательные фильмы, учебные книги и видеозаписи.

4. Смена установок: терапевты помогают пациентам проанализировать и изменить представления о сексуальности, мешающие получению сексуального возбуждения и удовольствия (Rosen, Leiblum & Spector, 1994). Событие после травмы, семейные установки или культурные идеалы могут создать негативные представления, препятствующие естественному возбуждению и удовольствию.

5. Борьба с тревогой, связанной с выполнением полового акта, и ролью наблюдателя: терапевты часто учат пары сосредоточиваться на своих чувствах и спокойно получать удовольствие, они дают пациентам серию сексуальных заданий, иногда называя их заданиями «по петтингу», в которых партнеры сосредоточиваются на получении сексуального удовольствия. Это удовольствие можно получить, исследуя и лаская тело друг друга дома, при этом не обязательно заниматься сексом или испытывать оргазм. Парам рекомендуют сперва воздерживаться от коитуса и ограничить свою сексуальную активность поцелуями, объятиями и чувственным массажем различных частей тела, за исключением груди и гениталий. Со временем партнеры научатся лучше доставлять друг другу и, соответственно, получать сексуальное удовольствие, и снова восстанавливают свою сексуальную активность.

6. Укрепление навыков сексуальной коммуникации: парам рекомендуют дома использовать сеансы сосредоточения на своих чувствах, попробовать позы, при которых партнер, которого ласкают, может направлять руку другого и контролировать скорость, давление и место на теле. Пары также учат давать друг другу указания в позитивной информативной манере («Лучше вот тут, чуть меньше дави»), а не угрожать туманно («Твои прикосновения меня не заводят».).

7. Изменение деструктивного жизненного стиля и взаимодействия: терапевт может посоветовать паре сменить стиль жизни или улучшить ситуацию, оказывающую деструктивное воздействие на их отношения — например, отдалиться от родственников жены или мужа или бросить работу, требующую слишком много времени. Точно так же, если в паре часто возникают конфликты, терапевт попытается помочь справиться с ними.

8. Учет физических и медицинских факторов: когда сексуальные дисфункции связаны с медицинскими проблемами, например с болезнью, увечьем, нежелательным эффектом лекарственных препаратов или злоупотреблением алкоголем, терапевты пытаются решить эту проблему. Если, скажем, антидепрессанты вызывают у мужчины расстройство эрекции, то клиницист может снизить дозу лекарства, изменить время дня, когда принимают препарат, или испробовать другое лекарственное средство. (Segraves, 1988, 1995; Shrivastava et al., 1995)

Сосредоточенность на чувственности — лечение сексуальных расстройств, при котором пары обучают не сосредоточиваться на оргазме или совокуплении, а вместо этого проводить время, концентрируясь на удовольствии, получаемом от таких действий, как взаимный массаж, поцелуи и объятия. Также этот метод называют расслабленным удовольствием.

<Вопросы для размышления. При использовании одной из основных техник секс-терапии паре рекомендуют исследовать и ласкать тело друг друга (сосредоточенность на чувственности), не доходя до оргазма и не занимаясь совокуплением. Почему люди могут испытывать более сильное возбуждение во время сексуальных ласк, если им запрещают достигать оргазма или совокупляться?>

Крупным планом

Некоторые мифы, связанные с сексуальными ролями

Мифы о мужской сексуальности

— Мужчина берет на себя ответственность и руководит сексом. Мужчины, которые так думают, не позволяют женщинам направлять их и не делают того, что она хотела бы и что доставило бы ей удовольствие. Эта установка вынуждает мужчину сосредоточиться на том, что он делает с женщиной, а не учиться принимать удовольствие от того, что она делает с ним.

— Мужчина всегда хочет и готов заниматься сексом. Этот миф побуждает мужчину

заниматься сексом в ситуации, когда он чувствует себя некомфортно или не испытывает влечения, а такие попытки заведомо обречены на неприятные ощущения или неудачи.

— Всякий физический контакт должен приводить к сексу. Это представление не позволяет мужчинам просто наслаждаться поцелуями, объятиями, ласками, поскольку такие занятия кажутся им только прелюдией к «самому главному».

— Хороший секс — линейная прогрессия постоянно растущего возбуждения, заканчивающегося только оргазмом. Принятие такого мифа исключает удовольствие от игривого секса на отдыхе, включающего перерывы, чтобы поговорить, отдохнуть и полностью насладиться друг другом как люди, а не просто как половые органы.

— Секс должен быть естественным и спонтанным. Этот миф мешает парам учить друг друга тому, что им нравится делать во время занятий сексом. В типичной современной семейной паре оба партнера работают и делят между собой обязанности по воспитанию детей, их жизнь наполнена стрессом, поэтому им часто необходимо заранее планировать занятия сексом, назначать время, когда оба партнера расслабятся, не чувствуют себя чересчур уставшими и способны реагировать сексуально.

(Zilbergeld, 1978).

Мифы о женской сексуальности

— Секс воздействует только на женщин до 30 лет. В действительности пик сексуальности многих женщин наступает после 30 лет, и потом их сексуальность не ослабляется.

— Все женщины могут достигать нескольких оргазмов. Исследование показывает, что лишь 20% женщин испытывают несколько оргазмов подряд. Нет взаимосвязи между сексуальной приспособленностью или удовлетворением и количеством оргазмов, переживаемых каждый раз, когда женщина занимается сексом.

— Беременность и рождение ребенка снижают сексуальную чувствительность женщин. Дискомфорт последних месяцев беременности и периода сразу после рождения ребенка на время может воспрепятствовать сексу, однако усиленный приток крови к тазу, возникающий во время беременности, порой, наоборот, усиливает сексуальную реакцию.

— Партнер всегда может возбудить сексуально отзывчивую женщину. Усталость, гнев, тревога и многие другие эмоции подавляют сексуальность даже у самых чувствительных женщин.

— Эротические книги или фильмы не действуют на порядочных женщин. Исследование показывает, что женщины, точно так же как и мужчины, возбуждаются от эротики.

— Вы фригидны, если не любите экзотические формы секса. Многие очень сексуальные женщины не интересуются оральным или анальным сексом, сексуальными игрушками, например вибраторами, или групповым сексом.

— Если вы не можете быстро и легко испытать оргазм, то с вами что-то не в порядке. У разных женщин порог оргазма варьируется. Так же как некоторые женщины могут бегать быстрее других, некоторые из них быстрее достигают оргазма.

(Heiman & LoPiccolo, 1988).

Терапия, ориентированная на проблемы.

Помимо разнообразных средств секс-терапии для лечения каждой дисфункции применяется конкретная техника.

	Мужчины, %	Женщины, %
Имели богатый сексуальный опыт до брака	65	37
Жили с супругой до брака	47	39
Думают о сексе каждый день	54	19
Приобретали эротический материал в прошлом году	41	16
Перенесли болезни, передающиеся половым путем	16	18
Узнали о сексе главным образом из семьи	25	40

Рисунок 11.6. Сексуальное поведение и пол. В соответствии с данными опросов, мужчины чаще женщин думали о сексе в течение дня и активно покупали различные материалы сексуального содержания, например эротические журналы. Женщины, как

правило, получают информацию о сексе в семье. (Adapted from Michael et al, 1994; Janus & Janus, 1993.)

Сниженное половое влечение и сексуальное отвращение

Сниженное половое влечение и сексуальное отвращение — одни из самых трудных для лечения дисфункций, потому что они затрагивают сразу несколько областей (LoPiccolo, 1997, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Терапевты, как правило, сочетают применение нескольких техник (LoPiccolo & Friedman, 1988). При использовании техники, которая называется чувственное осознание, пациенты зрительно представляют сексуальные сцены, помогающие избавиться от тревожности и других негативных эмоций, связанных с сексом. При другой технике пациенты проходят курс тренинга самоинструкций, который помогает им преодолеть негативную реакцию на секс. Например, они учатся, занимаясь сексом, произносить такие фразы: «Я могу позволить себе получать удовольствие от секса; это не значит, что я потеряю контроль».

Чтобы усилить сексуальный драйв, терапевты используют и бихевиористский подход. Они предлагают клиентам вести «дневник влечений», в котором те фиксируют свои сексуальные мысли и чувства, читать книги и смотреть фильмы эротического содержания, развивать сексуальные фантазии. Такие общие удовольствия, как танцы, прогулки вдвоем, также поощряются (LoPiccolo, 1997, 1995).

Так как сексуальное отвращение может быть результатом сексуального нападения или изнасилования в детстве, то порой требуются дополнительные техники.

Пациентов поощряют вспоминать, говорить и думать о травме до тех пор, пока их воспоминания не будут больше пробуждать страха или напряжения. Иногда пациента просят придумывать диалоги с насильником, чтобы таким образом дать возможность выразить накопившееся чувство гнева и беспомощности (LoPiccolo, 1997, 1995).

Представляется очевидным, что эти и связанные с ними методы помогают многим женщинам и мужчинам с пониженным сексуальным влечением и отвращением к сексу разрешать свои проблемы и заниматься сексом больше одного раза в неделю (Hurlbert, 1993; Schover & LoPiccolo, 1982). Надо отметить, что по этой теме было проведено несколько контролируемых исследований (Beck, 1995; O'Carroll, 1991). Кроме того, часто применялись и биологические вмешательства, такие как гормональное лечение, однако в ходе исследований их эффективность не получила безусловного подтверждения (Beck, 1995).

Нарушение эрекции

Лечение расстройств эрекции включает специальные техники, помогающие мужчине справиться с собственной тревогой, усилить стимуляцию или и то и другое (LoPiccolo, 1995). Во время упражнений на чувственную сосредоточенность пару обучают пользоваться техникой поддразнивания: если мужчина достигает эрекции, партнер прекращает ласкать его до тех пор, пока тот не потеряет влечения. Это упражнение учит пару тому, что эрекции возникают спонтанно в ответ на стимуляцию, когда партнеры не сосредотачиваются на выполнении действия. В другой технике пару обучают применять мануальный или оральный секс, чтобы попытаться довести женщину до оргазма, при этом давление на мужчину ослабляется (LoPiccolo, 1997, 1995).

Биологические методы, которые используются, в частности, когда нарушение эрекции было вызвано органическими причинами, в последнее время снова приобрели популярность, особенно после появления нового средства sildenafil (в торговле получившего название «виагра»). Это лекарство усиливает приток крови к пенису в течение часа после принятия, при этом блокируется деятельность некоторых ферментов. Виагра помогает мужчинам быстрее достичь эрекции во время занятий сексом.

До изобретения виагры в биологическое лечение входило применение гелевых суппозиторий, инъекции лекарств непосредственно в пенис и использование аппарата вакуумной эрекции (пенис помещается в полый цилиндр, из которого затем выкачивают воздух, при этом кровь приливает к пенису и на некоторое время вызывает эрекцию) (Cookson & Nadig, 1993; Aloni et al., 1992). Другой биологический метод это протезирование — в пенис вшивается полужесткий стержень из резины и проволоки, который вызывает искусственную эрекцию. Такой способ лечения достаточно дорог, однако каждый год в США делаются 25 000 подобных хирургических операций (LoPiccolo, 1997, 1991). Так как виагрой легко пользоваться и она приносит пользу 40-70% пациентов, то ожидается, что в последующие годы картина лечения расстройств эрекции серьезно изменится.

<Социальный феномен — в 1998 году в первый месяц после того как виагра попала на рынок, врачи выписали 120 000 рецептов, так что она стала самым продаваемым в истории лекарством (Adler, 1998). Популярность и быстрое признание виагры свидетельствуют о том, что от различных нарушений эрекции страдают очень многие мужчины.>

<Психологические заметки. Виагра, чрезвычайно популярное новое лекарство для решения проблем, связанных с эрекцией, была открыта случайно. Медики тестировали новое лекарство для сердца и обнаружили, что оно усиливало приток крови к пенисам испытуемых гораздо эффективнее, чем к сердцу (Handy, 1998).>

Нарушение оргазма у мужчин

Так же как и лечение мужского нарушения эрекции, одной из составляющих терапии нарушения оргазма у мужчин является техника снижения тревоги, связанной с совершением полового акта, и техника усиленной стимуляции (LoPiccolo, 1997; Rosen & Leiblum, 1995). При одной технике мужчину с нарушением обучают мастурбировать и достигать оргазма в присутствии партнера или мастурбировать, почти доходя до оргазма, и вводить пенис во влагалище лишь в последний момент (Marshall, 1997). Это усиливает вероятность того, что у мужчины произойдет эякуляция. Затем его обучают вводить пенис все раньше и раньше во время мастурбации.

Когда нарушение оргазма у мужчин обусловлено физиологическими проблемами, например неврологическими повреждениями или увечьем, то в лечение входит и применение лекарства, усиливающее возбуждение симпатической нервной системы (Murphy & Lipshultz, 1988). К сожалению, пока проведено очень мало исследований, проверяющих эффективность такого лечения (Rosen & Leiblum, 1995).

Преждевременная эякуляция

В течение многих лет преждевременную эякуляцию с успехом вылечивали при помощи бихевиористских процедур (Masters & Johnson, 1970; Semans, 1956). При процедуре стоп-старт, или пауза, пенис стимулируют мануально, пока мужчина не придет в сильное возбуждение. Затем пара прекращает стимулирование, пока возбуждение не проходит; затем стимуляция возобновляется. Эта последовательность повторяется несколько раз, пока мужчина не достигает эякуляции, так что в конце концов он получает столько стимуляции, сколько никогда не испытывал прежде (LoPiccolo, 1995). Затем пара переходит к введению пениса в вагину, при этом мужчина может в любой момент вывести пенис и прекратить совокупление, если почувствует слишком сильное возбуждение. В соответствии с клиническими отчетами, через два или три месяца многие пары начинают получать удовольствие от длительного совокупления и не испытывают потребности остановиться (LoPiccolo, 1997, 1995).

Некоторые клиницисты лечат преждевременную эякуляцию при помощи флуоксетина («Прозак») и других антидепрессантов, увеличивающих содержание серотонина. Поскольку эти лекарства иногда ослабляют сексуальное возбуждение или оргазм, то, возможно, они могут быть полезны мужчинам, испытывающим преждевременную эякуляцию. Несмотря на то, что некоторые исследования показали позитивные результаты (Althof, 1995; Althof et al, 1994), ученые еще не выяснили, каковы отдаленные эффекты этих препаратов и их воздействие на эякуляцию в течение длительного времени. Также пока неизвестно, можно ли сочетать такие лекарства с техниками психологической терапии и терапии отношений (Rosen & Leiblum, 1995).

Нарушение возбуждения и оргазма у женщин

Конкретные техники лечения дисфункций женского возбуждения и оргазма включают исследование пациенткой своих возможностей, осознание своего тела и непосредственный тренинг по мастурбации (LoPiccolo, 1997; Heiman & LoPiccolo, 1988). Эти процедуры особенно полезны для женщин, никогда не достигавших оргазма.

Во время тренинга контролируемой мастурбации шаг за шагом женщины учат эффективно мастурбировать и в конце концов достигать оргазма во время сексуального взаимодействия (Hurlbert & Apt, 1995; Hurlbert et al., 1993). В тренинг входит показ диаграмм, обучение стимуляции половых органов, знакомство с эротическими материалами и фантазиями, «спусковые крючки оргазма», как, например, сдерживание дыхания или подталкивание таза, сосредоточенность на чувствах партнера и принятие таких сексуальных поз, которые позволяют стимулировать клитор во время совокупления.

Эта тренинговая программа доказала свою высокую эффективность: свыше 90% женщин успешно научаются испытывать оргазм во время мастурбации, около 80% —

достигать оргазма от ласк партнеров и около 30% — оказываются в состоянии испытать оргазм во время совокупления (LoPiccolo, 1997; Heiman & LoPiccolo, 1988). Наоборот, биологические вмешательства, такие как гормональная терапия, на практике не оказались высокоэффективными (Mathews et al., 1983). Как мы уже отмечали раньше, отсутствие оргазма во время полового акта не всегда свидетельствует о сексуальной дисфункции, если женщина получает удовольствие от совокупления и может достигать оргазма, когда ее ласкает партнер или она ласкает себя сама. По этой причине некоторые терапевты верят, что лучше всего для женщин, страдающих только от того, что они не достигают оргазма во время совокупления, просто дать им недостающую информацию и объяснить, что они совершенно нормальны.

Sildenafil — лекарство, применяющееся для лечения нарушения эрекции; оно усиливает приток крови к пенису в течение часа после принятия (торговая марка «Виагра»).

Аппарат вакуумной эрекции — аппарат нехирургического типа, применяющийся для достижения эрекции. Он состоит из полого цилиндра, помещающегося на пенисе и соединенного с ручным насосом.

Протез пениса — хирургический имплантант, состоящий из полужесткого стержня, изготавливаемого из резины и проволоки, который вызывает искусственную эрекцию.

Контролируемая мастурбация — метод в секс-терапии, при котором женщин с нарушением возбуждения или оргазма учат эффективно мастурбировать и в конце концов достигать оргазма во время сексуального взаимодействия.

Вагинизм

Вагинизм — непроизвольное сокращение мышц вокруг вагины — лечится двумя способами. Во-первых, женщина может попробовать напрягать и расслаблять свои вагинальные мускулы, пока не научится их лучше контролировать (LoPiccolo, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Во-вторых, женщина может сама попытаться преодолеть страх проникновения во влагалище, используя поведенческий тренинг. Она может научиться постепенно со своей собственной скоростью вводить во влагалище расширители и в конце концов прийти к тому, чтобы ввести пенис своего партнера. Более 90% женщин, лечившихся от вагинизма, в конце концов получали возможность совокупляться безболезненно (Beck, 1993; LoPiccolo, 1990). Многие женщины, однако, жалуются, что когда они впервые пришли к врачу с этой проблемой, их лечили неэффективно или применяя ошибочные методы терапии (Ogden & Ward, 1995).

<«**Область безумия**». В XIX веке считалось, что женщины должны испытывать ограниченное сексуальное возбуждение. Авторитетные медики говорили, что «чрезмерная страстность» для викторианских женщин опасна и может привести к безумию (Gamwell & Tomes, 1995). В этой иллюстрации из учебника по медицине женские репродуктивные органы называются «областью безумия». (Buchanan, 1854.)>

Диспареуния

Как мы увидели, чаще всего причина диспареунии — боли в гениталиях во время совокупления — физиологическая, например боль от шрамов или разрывов. Когда причина известна, то пара может научиться занимать такие позиции во время полового акта, чтобы избегать давления на поврежденные области. Можно попробовать провести медицинское вмешательство, но его обязательно нужно сочетать с другими техниками секс-терапии, чтобы преодолеть нехватку возбуждения и накопившуюся за многие годы тревожность (Leiblum, 1996; Meana & Binik, 1994). Поскольку во многих случаях диспареуния возникает из-за органических проблем, которые раньше не диагностировались, очень важно, чтобы женщины прошли тщательное гинекологическое обследование (Reid & Lininger, 1993).

Новые направления в секс-терапии.

За прошедшие тридцать лет секс-терапевты значительно расширили методы, разработанные Мастерсом и Джонсон (LoPiccolo, 1997; Rosen & Leiblum, 1995). Например, современные секс-терапевты регулярно лечат партнеров, живущих вместе, но не состоящих в браке. Они также лечат сексуальные дисфункции, возникающие вследствие психических расстройств, например, после депрессии, мании, шизофрении и некоторых расстройств личности (Rowlands, 1995). Кроме того, секс-терапевты больше не отказываются работать с клиентами, переживающими семейный разлад, пожилыми, больными, физически неполноценными (Dupont, 1995; Rosen & Leiblum, 1995), а также с клиентами с гомосексуальной ориентацией или теми, у кого нет постоянного сексуального партнера (Stravinsky et al., 1997). Секс-терапевты также стали чаще обращать внимание на чрезмерную сексуальность, которую иногда

называют зависимостью от секса (Black et al., 1997; Rosen & Leiblum, 1995). Многие секс-терапевты в настоящее время обеспокоены тем, что люди все чаще используют лекарства и медицинское вмешательство для лечения сексуальных дисфункций, в частности для лечения сниженного сексуального влечения и расстройства мужской эрекции (Ackerman, 1995; Rosen & Leiblum, 1995). Вызывает тревогу, что врачи сосредоточивают свое внимание только на применении новых биологических методов, а не комбинируют биологические, психологические и социокультурные вмешательства (Hartmann & Langer, 1993; Althof et al., 1991). Фактически, любые ограниченные методы не могут полностью разрешить комплексные причины, лежащие в основе большинства сексуальных проблем (Ackerman & Carey, 1995).

Резюме

В 1970-х годах работы Уильяма Мастерса и Вирджинии Джонсон привели к развитию секс-терапии. В современной секс-терапии сочетаются разнообразные формы терапии — когнитивная терапия, терапия поведения, терапия влюбленной пары и семьи. Секс-терапия включает тщательную оценку, взаимную ответственность, образование, смену установок, упражнения на чувственность, помогающие преодолеть тревогу, связанную с совершением полового акта. Эти упражнения также помогают человеку избавиться от роли наблюдателя, в ходе терапии развивается коммуникация с партнером. Помимо этого для лечения каждой отдельной сексуальной дисфункции применяется специальная техника. В последнее время возрастает количество биологических методов лечения сексуальных дисфункций.

Парафилии.

Парафилии — это расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, связанным с неодушевленными предметами, детьми, взрослыми, равнодушными к этому человеку, или когда человек испытывает сексуальное удовольствие от собственных страданий или унижения других (см. справочник DSM-IV). При этом человек возбуждается только в присутствии соответствующего стимула или испытывает потребность в стимуле лишь время от времени и в период стресса.

В соответствии со справочником DSM-IV, диагноз парафилии можно ставить пациенту, только если импульсы, фантазии или поведение длятся по крайней мере шесть месяцев. Эти фантазии или поведение должны также причинять страдание или мешать социальной жизни человека или его работе (APA, 1994). Люди, чья парафилия связана с сексуальным влечением к детям или равнодушным к ним взрослым, оказываются в кабинете терапевта, когда нарушают закон.

Пока теоретики предлагают различные объяснения парафилии, практические исследования мало говорят о причинах большинства таких расстройств (APA, 1994). Помимо этого, многие способы лечения, которые к ним применяются, еще не подтвердили свою эффективность в ходе исследований (Bradford, 1995; Stein et al., 1992). Уже давно используется психологическое и социокультурное лечение парафилии, но, так же как и при лечении сексуальных дисфункций, все больше внимания в последние годы привлекают к себе биологические вмешательства. Некоторые клиницисты, например, применяют лекарственные препараты, уменьшающие выработку тестостерона, мужского сексуального гормона, и таким образом снижающие сексуальный драйв (Bradford, 1995). Такие лекарства в самом деле иногда изменяют у пациентов паттерны половых извращений, однако некоторые из них при этом также понижают сексуальность в целом. Таким образом, лекарства в настоящее время применяются, когда извращенность человека представляет опасность для самого человека или для окружающих. Клиницисты также проявляют сильный интерес к возможному применению для лечения от парафилии антидепрессантов второго поколения. Терапевты надеются, что такие препараты смогут изменить маниакальное сексуальное поведение, так же как помогают избавиться человека от навязчивости при других дисфункциях (Bradford, 1995, 1991; Leo & Kim, 1995).

Фетишизм.

Основные признаки фетишизма — это повторяющиеся сильные сексуальные импульсы, сексуально возбуждающие фантазии или сексуальные действия с использованием неодушевленного предмета. При этом исключаются все другие

стимулы. Как правило, этот тип расстройства возникает у человека еще в юношеском возрасте (APA, 1994). Фетишем может служить все, что угодно, но чаще всего женское нижнее белье, туфли и сапоги (APA, 1994; Raphling, 1989).

Некоторые люди, страдающие фетишизмом, воруют вещи и собирают их как можно больше. Человек трогает, нюхает или надевает эти вещи (объект своего влечения) во время мастурбации или использует их как-то иначе, например, может попросить партнера надеть эту вещь во время занятий сексом. Некоторые из таких симптомов мы видим в следующем примере:

32-летний одинокий мужчина... признался, что несмотря на то, что его отчасти привлекали женщины, намного больше он соблазнялся «их трусиками».

Пациент вспоминает, что начал испытывать сексуальное возбуждение в возрасте 7 лет, когда ему попался на глаза порнографический журнал и мальчик почувствовал, что его возбуждают фотографии частично обнаженных женщин в трусиках. Первая эякуляция произошла в 13 лет, когда он мастурбировал, представляя себе женщин в трусиках. Он мастурбировал, занимаясь любовью с трусиками своей старшей сестры, которые он украл без ее ведома. Впоследствии он крал трусики у своих подруг и других женщин, с которыми знакомился. Под любым предлогом он «случайно забредал» в спальню к женщинам, быстро рылся в их вещах, пока не находил трусики, которые могли удовлетворить его. Позднее он мастурбировал с ними и «сберегал их» в «своем тайнике». Такая мастурбация с женским нижним бельем доставляла ему наибольшее сексуальное возбуждение и оргазм с юности и до времени этой консультации (Spitzer et al., 1994, p. 247).

Исследователи не выяснили причины фетишизма (Wise, 1985). Теоретики психодинамики предполагают, что фетиши — это защитные механизмы, которые помогают человеку избегать тревоги, связанной с обычным сексуальным контактом. Однако психодинамическое лечение этой проблемы не увенчалось успехом (LoPiccolo, 1992).

Бихевиористы предположили, что привыкание к фетишам происходит в процессе классического обусловливания. В одном бихевиористском исследовании испытуемым мужчинам показывали серию слайдов с обнаженными женщинами и с изображениями сапог (Rachman, 1966). После многих повторений этого показа испытуемых стали возбуждать не только женщины, но и одни фотографии сапог. Если первые сексуальные опыты человека проходят в присутствии каких-то определенных предметов, то таким образом создаются условия для развития фетишизма.

Бихевиористы иногда лечат фетишизм при помощи аверзивной терапии (терапии отвращения) (Kilmann et al., 1982). В одном исследовании описано, как испытуемые фетишисты получали удары электрошока, когда воображали объект своего влечения (Marks & Gelder, 1967). Через две недели терапии все испытуемые показали некоторое улучшение. При использовании другой техники отвращения скрытой десенсилизации, людей, одержимых фетишизмом, просили воображать объект, доставляющий им удовольствие, и при этом соединять в воображении этот образ с воображаемым стимулом, вызывающим отвращение, пока они не переставали желать объект своего сексуального удовольствия.

Еще одно поведенческое лечение фетишизма состоит в пресыщении мастурбацией (Quinsey & Earls, 1990; Marshall & Lippens, 1977). При этом методе пациент мастурбует и достигает оргазма, фантазируя вслух о сексуально подходящем объекте, затем переключается и представляет в деталях фетиш, при этом снова мастурбует, и его фетишистская фантазия продолжается в течение часа. Эта процедура предназначена для того, чтобы человек почувствовал скуку, и это чувство в свою очередь оказалось связанным с фетишистским объектом.

Однако при других перверсиях используется другой бихевиористский метод — оргазмическая переориентация, при которой людей учат реагировать на более подходящие источники сексуальной стимуляции. Людям показывают обычные стимулы, пока они реагируют на необычные объекты. Человека, испытывающего, скажем, пристрастие к женским туфлям, обучают достигать эрекции, пользуясь фотографией туфель, а затем он начинает мастурбировать с фотографией обнаженной женщины. Если человек утрачивает эрекцию, то он должен снова взглянуть на фотографию туфель, а затем опять возвращается к изображению обнаженной женщины. Когда приближается оргазм, пациент должен полностью сосредоточиться на обычном стимуле.

Парафилии — расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, связанными с

неодушевленными предметами, детьми, взрослыми, равнодушными к этому человеку, или когда человек испытывает сексуальное удовольствие от собственных страданий или унижения других.

Фетишизм — перверсия, включающая постоянные и интенсивные сексуальные импульсы, фантазии или поведение, в котором используются неодушевленные предметы, при этом часто исключаются все другие стимулы.

Пресыщение мастурбацией — бихевиористский метод лечения, при котором клиент мастурбирует очень долгий период времени, представляя детально объект своей перверсии. Эта процедура должна вызвать ощущение скуки, которое постепенно начинает соединяться с объектом.

Оргазмическая переориентация — процедура лечения некоторых видов перверсии, при помощи которых клиентов учат реагировать на новые более подходящие источники стимуляции.

Фетишизм трансвеститов — перверсия, которая приводит к повторяющимся и интенсивным сексуальным импульсам, фантазиям или поведению, включающим переодевание в одежду противоположного пола. Также это явление известно как трансвестизм.

Трансвеститский фетишизм

Трансвеститский фетишизм, также известный как трансвестизм, это навязчивая потребность или желание одеваться в одежду противоположного пола, для того чтобы испытать сексуальное возбуждение. В следующем отрывке 42-летний отец семейства так описывает свое поведение.

Мне сказали, что когда я одеваюсь в женское платье, то похож на мамашу Уистлер [смеется], особенно если я не побреюсь. Обычно я придаю большое значение деталям и слежу, чтобы когда я одеваюсь как женщина, цвет лака для ногтей был в тон платью. Честно говоря, мне трудно вспомнить, когда я начал переодеваться в женскую одежду ...если все же попытаться, я бы сказал, что это началось, когда мне было лет 10, я дурачился и надел мамино платье... Я всегда тщательно следил за тем, чтобы все класть на свое место. Я прожил с матерью 18 лет, и она никогда и не подозревала, что я надеваю ее одежду. Я вхожу в общество поддержки трансвеститов... это общество, в котором мужчины переодеваются в женское платье. Некоторые члены нашего общества гомосексуалисты, но большинство — нет. Настоящие трансвеститы, а я и есть трансвестит, насколько я знаю — не гомосексуалисты. Мы в нашем обществе не проводим дискриминацию против них; ну, понимаете, у нас самих достаточно проблем, мы хотим, чтобы нас считали нормальными людьми, а не просто кучкой сумасшедших. В этом обществе хорошие парни... действительно... Почти все такие же, как я.

Большинство [мужчин в группе] рассказали близким о своей склонности к переодеванию, однако у женатых мужчин бывают затруднения; некоторые жены знают об их увлечении, а некоторые — нет, и только подозревают. Я верю в честность и рассказал своей жене об этом перед тем, как мы поженились. Теперь мы развелись, но я не думаю, что это произошло из-за переодевания... Меня много раз спрашивали, почему я переодеваюсь в женское платье, и это трудно объяснить, просто мне это нравится. Я хорошо себя чувствую в женском платье. Мне это приносит глубокое удовлетворение. Некоторые мои друзья, когда я повзрослел, предложили мне пройти курс психотерапии, но я не считаю это проблемой. Если это волнует кого-то еще, то это их проблема... Я вполне удовлетворял свою жену в сексуальном плане, хотя ей потребовалось некоторое время, чтобы привыкнуть, что я надеваю женское белье; да. Иногда я надеваю его, когда занимаюсь любовью, это меня просто сильнее возбуждает (Janus & Janus, 1993, p. 121).

Так же как этот человек, типичный трансвестит почти всегда гетеросексуальный мужчина, он начинает заниматься переодеванием в детстве или юности (Bradley, 1995; Schott, 1995). В повседневной жизни такой мужчина ведет себя с характерной для своего пола маскулинностью, а когда остается один, переодевается в женское платье. Незначительный процент таких мужчин переодеваются в женское платье, когда отправляются в бар или в клуб. Некоторые носят отдельные предметы женского туалета, например женское белье или чулки под мужской одеждой. Другие наносят на лицо макияж и полностью одеваются как женщины. Многие женатые мужчины-трансвеститы переодеваются и перед своими женами (Kolodny, Masters & Johnson, 1979). Этот паттерн часто смешивают с транссексуализмом, но, как мы увидим дальше, это два разных расстройства.

<Групповой метод «перекресток» — это группа самопомощи для мужчин,

склонных к трансвеститскому фетишизму и испытывающих постоянную потребность переодеваться в женскую одежду, чтобы достичь сексуального возбуждения.> Представляется, что явление трансвеститского фетишизма строится на принципах вознаграждения и оперантного обусловливания. Родители и другие взрослые в детстве открыто поощряли этих людей переодеваться в платье противоположного пола. В одном случае, женщина пришла в восхищение, когда обнаружила, что ее юный племянник получал удовольствие, переодеваясь в девичье платье. Она всегда хотела иметь племянницу, и стала покупать ему платья и украшения, а иногда одевала его как девочку и брала с собой в магазин.

Эксгибиционизм.

Эксгибиционист — это человек, который постоянно чувствует стремление показать свои гениталии другому человеку, почти всегда — представителю противоположного пола, или его возбуждают фантазии на эту тему. Эксгибиционист может действовать в соответствии со своими импульсами, но редко пытается заниматься сексом с человеком, перед которым он обнажает себя (APA, 1994; Abel, 1989). Чаще всего эксгибиционист хочет вызвать шок или удивление. Порой он выставляет свои гениталии напоказ в определенном месте в определенные часы. Его импульсы усиливаются, когда он не занят работой или испытывает стресс (Abel, 1989). Как правило, этот тип расстройства возникает у человека в возрасте до 18 лет и преобладает у мужчин (APA, 1994). Люди, увлекающиеся эксгибиционизмом, не испытывают зрелых чувств к представителям противоположного пола и им трудно установить межличностные отношения. Половина из них женаты, однако их сексуальные взаимоотношения в браке неудовлетворительны (Blair & Lanyon, 1981; Mohr et al., 1964). Многие из них не уверены в своей мужественности или боятся ее, а некоторые, как выясняется, сильно привязаны к матери-собственнице.

Проводится то же лечение, что и при других половых извращениях, в том числе терапия отвращения или пресыщение мастурбацией, которые могут сочетаться с оргазмической переориентацией, тренингом социальных навыков и психодинамической терапией (LoPiccolo, 1992; McNally & Lukach, 1991). Клиницисты говорят о том, что некоторый успех приносит гипнотерапия (Epstein, 1983; Polk, 1983).

Вуайеризм.

Человек, занимающийся вуайеризмом, испытывает постоянное и сильное сексуальное желание, когда наблюдает за обнаженными, ничего не подозревающими людьми или подглядывает за тем, как другие занимаются сексом. Вуайерист, как правило, не стремится сам заниматься сексом с теми людьми или той парой, за которыми он подсматривает (APA, 1994). Ощущение опасности и риска, что его обнаружат, часто усиливает возбуждение вуайеристов, это видно из следующего утверждения человека, страдающего такого типа расстройством.

Просто наблюдать за голой девушкой не доставило бы мне такого удовольствия, как подсматривать за ней. Это не просто обнаженное тело, а подсматривание и наблюдение за тем, чего вы видеть не должны. Риск того, что тебя застанут врасплох, лишь еще больше возбуждает. Я не хочу, чтобы меня поймали за этим занятием, но каждый раз, когда я решаюсь подсматривать, я подвергаю себя опасности (Yalom, 1960, p. 316).

Эксгибиционизм — парафилия, при которой человек переживает возбуждающие импульсы или фантазирует о том, что покажет свои гениталии другому человеку. Иногда человек может действовать в соответствии с этими импульсами.

Люди, склонные к вуайеризму, мастурбируют или во время наблюдения, или когда вспоминают об этом. Зачастую человек испытывает удовольствие, когда видит ранимость людей, за которыми наблюдает, и понимает, что они, вероятно, почувствуют себя униженными, если обнаружат его. Вуайеризм, как правило, возникает в возрасте до 15 лет и продолжается довольно долго (APA, 1994).

Эксгибиционизм и вуайеризм могут быть составляющей обычного секса, но в таком случае партнер должен проявить понимание и участие к любителю таких сексуальных извращений. Клинический вид вуайеризма сопровождается постоянным вторжением в частную жизнь другого человека. Некоторые вуайеристы не способны осуществлять нормальное сексуальное взаимодействие; а другие все же поддерживают обычные сексуальные отношения, независимо от вуайеризма.

Многие когнитивные клиницисты и клиницисты-психодинамики предполагают, что вуайеристы своими действиями стремятся получить власть над другими людьми, вероятно, потому что чувствуют себя неадекватными или проявляют сексуальную или социальную застенчивость. Некоторые теоретики в области психодинамики

объясняют вуайеризм как попытку избавиться от страха кастрации, возникшего у ребенка, когда он увидел гениталии взрослого. Теоретически такие вуайеристы повторяют поведение, вызванное первоначальным испугом, так, чтобы убедить себя, что им нечего бояться (Fenichel, 1945). Бихевиористы настаивают на том, что вуайеризм это приобретенное поведение — последствия случайного наблюдения за сексуально возбуждающей сценой. Если человек наблюдает такие сцены несколько раз и мастурбирует при этом, то у него развивается вуайеристский паттерн поведения.

Сцены из современной жизни

За сексом — в Интернет

Большой популярностью у пользователей Интернета пользуется популярная компьютерная программа Veronica. Какая тема чаще всего интересует пользователей? «Секс». Вторая самая популярная тема — это «Эротика». Пользователи ищут материалы на эту тему почти в четыре раза чаще чем «игры», и в пять раз чаще, чем «музыку» (Foster, 1995).

<Вопросы для размышления. Почему секс может быть такой популярной темой в Интернете? Приносит ли психологическую пользу или, наоборот, вред доступность секс-чатов и другого сексуального материала? Действительно ли, как опасаются некоторые наблюдатели, распространение сексуального материала в нашем компьютеризированном мире может развить у пользователей патологически повышенный интерес к сексу и отклонения в поведении?>

Фроттеризм.

Человек, склонный к фроттеризму, испытывает постоянное и сильное влечение дотрагиваться и тереться о человека, не собирающегося заниматься с ним сексом, и действует в соответствии со своими импульсами. Диагноз оправдан, если побуждения и поступки расстраивают самого человека и мешают ему нормально жить.

Фроттеризмом (от французского слова *frotter* — тереть) люди, как правило, занимаются в местах скопления народа, например, в метро или в оживленном подземном переходе (APA, 1994). Почти всегда фроттеризмом занимаются мужчины. Мужчина трется гениталиями о бедра или ягодицы женщины, ласкает ее гениталии или грудь руками. Как правило, во время такого акта он воображает, что жертва отвечает па его чувства.

Фроттеризм, как правило, начинается в подростковом возрасте или раньше, зачастую он возникает как подражание другим людям, совершающим данный акт. После того как люди, страдающие этим расстройством, достигнут 25 лет, они все реже прибегают к таким поступкам (APA, 1994).

Вуайеризм — парафилия, при которой человека одолевает навязчивое желание подсматривать за ничего не подозревающими людьми, когда они раздеваются или занимаются сексом. Человек может действовать в соответствии с этими желаниями.

Фроттеризм — парафилия, выражающаяся в постоянных и интенсивных сексуальных импульсах, фантазиях и поступках, когда человек дотрагивается или трется гениталиями о другого человека, не испытывающего к нему никакого влечения.

Педофилия.

Человек, подверженный педофилии, буквально, «любви к детям», получает сексуальное удовлетворение, когда наблюдает, дотрагивается или занимается сексом с детьми, не достигшими половой зрелости, — 13 лет и младше. Некоторые люди с таким видом нарушений получают сексуальное удовольствие от детской порнографии или материала, на первый взгляд невинного содержания, например, рекламы нижнего белья; других возбуждает настоящее наблюдение за детьми, ласки или половой акт с детьми (Howitt, 1995; Barnard et al., 1989). Некоторые люди, страдающие педофилией, испытывают влечение только к детям, а другие — еще и ко взрослым (APA, 1994). Жертвами педофилии могут стать как девочки, так и мальчики, однако есть некоторые доказательства того, что три четверти жертв педофилов — девочки (Koss & Heslet, 1992).

Склонность к педофилии, как правило, возникает в детстве. Многих педофилов в детстве самих изнасиловали (Howitt, 1995; McCormack et al., 1992). Бывает, педофилы-мужчины женятся, испытывают сексуальные трудности или фрустрацию в семейной жизни и стремятся найти ту область, в которой они чувствовали бы себя хозяевами положения. Во многих случаях злоупотребление алкоголем также способствует возникновению данного расстройства (Rada, 1976).

<Игривый контекст. Переодевание в одежду противоположного пола не обязательно свидетельствует о половом извращении. Нужно всегда учитывать

контекст ситуации и сексуальное поведение этого человека в целом. Мужчины-актеры, например, часто одеваются как женщины, чтобы развлечь посетителей ночных клубов или театров. На фотографии вы видите актеров театрального клуба Гарвардского университета «Заварной пудинг», в этом клубе ставят мюзиклы, и мужчины-студенты последнего курса одеваются и выглядят как женщины. На фотографии они окружают актрису Мишель Пфайффер и вручают ей приз «Женщина года».>

Главным фактором в педофилии может быть незрелость личности (Groth & Birnbaum, 1978). У человека могут быть недостаточно развиты социальные и сексуальные навыки, так что он испытывает сильную тревогу при одной мысли о нормальных сексуальных взаимоотношениях. У некоторых людей складываются ошибочные представления, например, что «вполне нормально заниматься сексом с детьми, если они согласны» (Abel et al., 1984).

Большинство преступников-педофилов попадают в тюрьму или подвергаются принудительному лечению, если их ловят за совершение сексуального насилия в отношении детей. Педофилию лечат так же, как и другие извращения, например, применяют терапию отвращения, пресыщение мастурбацией и оргазмическую переориентацию (LoPiccolo, 1992; Enright, 1989). Существует также и когнитивно-бихевиористское лечение педофилии: тренинг по предупреждению рецидивов, который составляется в соответствии с программами по предотвращению рецидивов, используемыми для лечения от наркотической зависимости. Когда используется такой метод, пациенты вспоминают ситуации, провоцирующие их фантазии или действия по отношению к детям (например, подавленное настроение или извращенные мысли). Затем пациентов учат стратегиям, как избегать таких ситуаций или эффективно с ними справляться (LoPiccolo, 1992; Pithers, 1990). Несомненно, что тренинг по предупреждению рецидивов помогает в лечении педофилии, так же как и других половых извращений. В одном исследовании 147 людей, страдающих педофилией, обнаружилось, что среди пациентов, прошедших такой курс лечения, уровень рецидивов составил всего 4% (Pithers & Cumming, 1989).

Сексуальный мазохизм.

Человек, подверженный сексуальному мазохизму, возбуждается, когда представляет, как его унижают, бьют, связывают или заставляют страдать, или когда с ним в действительности так обращаются. Многие фантазируют о том, что их заставляют заниматься сексом против их воли; однако диагноз мазохиста ставят только людям, которые действительно возбуждаются или наносят себе повреждения после таких фантазий (APA, 1994; Reik, 1989). Некоторые люди с данным расстройством сами направляют свои мазохистские импульсы: они связывают себя, колют булавками или наносят себе порезы. Другим ограничивают свободу партнеры, связывают, завязывают им глаза, шлепают их, бьют палкой, наносят удары хлыстом и электрошоком, «колют их иголкой и пронзают их» или унижают (APA, 1994).

Индустрия товаров и услуг идет навстречу мазохистам. Вот как 34-летняя женщина описывает свою работу в публичном доме для садомазохистов.

У меня здесь люди, стремящиеся получить боль, которую они, как им кажется, заслуживают. Не спрашивайте меня, почему они хотят испытать боль, я не психолог; но когда они попадают к нам, они никуда больше не уходят. Может быть, каким-то девушкам понадобится час или даже два часа, чтобы вылечить этих парней, так как они того заслуживают, — мне удастся сделать это за 20 минут... Учтите, что все они бизнесмены, они не только покупают мое время, им также надо снова возвращаться к работе, поэтому время для них важно.

Вот что я могу быстро и хорошо: я втыкаю булавки им в соски или прокалываю им [мошонку]. Некоторым из них, чтобы завестись, нужно увидеть свою кровь...

...Пока разворачивается эта сцена, между нами не прекращается диалог.. Я кричу на парня, я говорю ему, какой он убудок, кричу, что для него это даже слишком хорошее обращение, он знает, что заслуживает худшего, и я начинаю перечислять его грехи. Каждый раз это срабатывает. Послушайте, я в своем уме и знаю, что делаю. Я веду себя чрезвычайно жестко и грубо, но я очень чувствительная женщина. При этом вам надо оберегать здоровье парня... Вы не должны убить его или довести до сердечного приступа... Я знаю, что есть другие места, где парни умирают. Я ни разу не доводила клиента до смерти, даже если они страстно хотели умереть во время моего «лечения». Учтите, что это постоянные посетители. У меня есть клиенты и репутация, которую я ценю (Janus & Janus, 1993, p. 115).

Одной из форм сексуального мазохизма является гипоксифилия — чтобы усилить свое

сексуальное удовольствие, люди задыхаются или душат самих себя (или просят своих партнеров задушить их). Есть достаточно много тревожных данных клинических отчетов об аутоэротической асфиксии, когда подростки, преимущественно мужского пола и в возрасте около 10 лет, случайно во время мастурбации умирают от нехватки кислорода и удушья. Нет единого мнения о том, следует ли отнести такую мастурбацию к мазохизму, однако эти действия зачастую сопровождаются также актами связывания (Blanchard & Hucker, 1991).

Большинство мазохистских сексуальных фантазий возникают в детстве. Человек, однако, обычно не действует в соответствии со своими стимулами до периода ранней зрелости. Это расстройство длится долгие годы, многие люди со временем совершают все более опасные действия, прибегая к актам мазохизма в период стресса (APA, 1994).

Во многих случаях сексуальный мазохизм возникает в процессе классического обусловливания. Известен случай, произошедший с мальчиком-тинейджером. Он сломал руку и привлекательная медсестра ласкала и прижимала его к себе, пока хирург вправлял ему перелом без анестезии (Gebhard, 1965).

Педофилия — половое извращение, при котором человек переживает постоянные и интенсивные сексуальные импульсы или у него возникают сексуальные фантазии, когда он наблюдает за не достигшими половой зрелости детьми, дотрагивается до них или совершает сексуальные акты и стремится реализовать эти импульсы и фантазии.

Сексуальный мазохизм — половое извращение, характеризующееся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, связанным с унижением, избиением, связыванием или какими-то другими действиями, причиняющими страдание.

<Психологические заметки. По данным одного современного исследования чатов для детей и тинейджеров в Интернете, две трети посетителей в них на самом деле были взрослыми, притворяющимися детьми, они стремились завести разговор о сексе, приобрести или продать порнографический материал (Lamb, 1998).>

Гипоксифилия — паттерн поведения, при котором люди душат себя, чтобы усилить сексуальное удовольствие.

Аутоэротическая асфиксия — фатальная нехватка кислорода, возникающая непроизвольно, когда человек привязывает себя, душит или задыхается во время мастурбации.

<«Что за странная это вещь, друзья, то, что люди зовут приятным! И как удивительно, на мой взгляд, относится оно к тому, что принято считать его противоположностью, мучительным!. Они словно срослись в одной вершине». — Платон, «Федон», IV век до н. э.>

Сексуальный садизм.

Сексуальным садизмом, как правило, одержимы мужчины, их возбуждает мысль или действие, вызывающее страдание других людей, им нравится доминировать, ограничивать свободу другого человека, связывать, наносить порезы, душить, увечить или даже убивать жертву. Название этого извращения происходит от имени маркиза де Сада (1740-1814), мучившего других людей, чтобы удовлетворить свои сексуальные желания. Люди с садистскими фантазиями, как правило, воображают, что они полностью контролируют свою сексуальную жертву, переживающую ужас перед садистским актом. Многие проводят садистские акты с партнером, который соглашается принять в нем участие, часто с сексуальным мазохистом. Некоторые люди реализуют свои садистские импульсы, когда ищут случайных жертв. Поведение насильников — это проявление сексуального садизма. В любом случае в основе возбуждения садиста — страдание реальной или воображаемой жертвы.

<Люди с сексуальным мазохизмом и с сексуальным садизмом часто получают удовлетворение друг от друга. Несмотря на то, что такие взаимоотношения, как правило, безопасны и с юмором изображаются в романах и кино, они могут перейти за грань дозволенного и привести к сильным физическим и психологическим травмам.>

Фантазии на тему сексуального садизма, так же как и сексуального мазохизма, появляются в детстве; садистские акты человек, как правило, начинает совершать в период ранней зрелости (APA, 1994). Паттерн такого поведения устойчив и сохраняется на протяжении длительного времени. По жестокости садистские акты иногда остаются на том же уровне, но чаще с годами жестокость усиливается. Очевидно, люди с сильной формой этого вида расстройства представляют большую опасность для окружающих.

Теоретики предлагают различные объяснения этого паттерна. Некоторые

бихевиористы предполагают, что здесь снова срабатывает классическое обусловливание. Причиняя даже ненамеренно боль другому человек или животному, подросток может почувствовать сильные эмоции и сексуальное возбуждение. Связь между причинением боли и сексуальным возбуждением формирует почву для паттерна сексуального садизма. Бихевиористы также считают, что во многих случаях подростки моделируют свое поведение, когда наблюдают, как кто-то получает сексуальное удовольствие, причиняя боль другому. Многие журналы, книги и фильмы, распространенные в нашем обществе, представляют такую модель поведения как вполне приемлемую (Lebeque, 1991).

Многие теоретики психодинамики и когнитивные теоретики указывают, что люди, склонные к сексуальному садизму, вероятно, ощущают скрытое чувство сексуальной неадекватности и причиняют боль другим, чтобы приобрести ощущение собственной власти, которое в свою очередь усиливает их возбуждение. В некоторых биологических исследованиях учеными были обнаружены признаки ненормального функционирования эндокринных систем у садистов (Langevin et al, 1988). Ни одно из этих объяснений, однако, не проверялось тщательно.

Сексуальный садизм лечат с помощью терапии отвращением. На отношение общества к этой процедуре и неприязнь к ней повлиял роман Энтони Берджеса «Заводной апельсин» (позже был снят фильм по этому роману, также вызвавший много откликов), в романе описано, как человеку последовательно представляют садистские образы и при этом вводят препарат, вызывающий спазмы в животе, пока такие ощущения не вызовут у человека чувство тошноты. Неясно, помогает ли терапия отвращением для лечения сексуального садизма. Тем не менее тренинг по предупреждению рецидивов, использующийся в некоторых криминальных случаях, кажется, представляет некоторую ценность (Vaillant & Antonowicz, 1992; Pithers & Cumming, 1989).

Сексуальный садизм — перверсия, характеризующаяся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, подразумевающим причинение боли другим людям.

Крупным планом

Гомосексуализм и общество

В 1948 году, когда Альфред Кинси и его помощники провели одно из первых обширных исследований мужской сексуальности, они обнаружили, что 4% всех мужчин были гомосексуалистами, а 37% имели в своей жизни гомосексуальный опыт, который вел к оргазму. В более позднем исследовании ученые обнаружили, что гомосексуальность среди женщин составляет половину или треть по сравнению с мужчинами (Kinsley et al., 1953). Эти результаты шокировали многих людей. Гомосексуальность не нова; она существовала во многих культурах, как и споры, которые ее окружают. Несмотря на то, что большинство культур не защищают гомосексуальность открыто, в ходе истории лишь немногие культуры так жестоко ее осуждали, как современная западная. Тем не менее исследование показывает, что общественное одобрение или отвержение гомосексуалистов не влияет на оценку поведения.

До 1973 года в справочнике DSM гомосексуализм числился в качестве сексуального расстройства. Протесты групп геев-активистов и многих психотерапевтов в конце концов привели к тому, что гомосексуализм исключили из справочника как сексуальное расстройство. Большинство клиницистов теперь рассматривают гомосексуальность как вариант нормального сексуального поведения, а не расстройства.

Несмотря на растущее принятие гомосексуальности клиницистами, многие люди в западном обществе продолжают придерживаться антигомосексуальных установок и распространяют мифы о жизненном стиле гомосексуалистов. Несмотря на такие мифы, исследование показало, что гомосексуалисты не страдают от смещения полов; они не более склонны к психопатологии, чем другие; и не существует четко определенной «гомосексуальной личности».

Чтобы справиться со стрессом, дискриминацией и даже опасностью, многие гомосексуалисты предпочитают жить в тех же районах и домах, где живут другие гомосексуалисты. Некоторые бары или рестораны служат местом для собраний, в них геи общаются и обмениваются информацией. Помимо этого есть организации, которые поддерживают и лоббируют вопросы, касающиеся гомосексуалистов, они требуют для них равноправия в обществе и перед законом (Freiberg, 1994).

Существенно повлияли на поддержку прав гомосексуалистов дебаты о том, сами ли

гомосексуалисты выбирают свой образ жизни или это естественная часть их физической конституции. Споры на эту тему подогревают и противоречивые результаты научных работ (Horgon, 1995). Некоторые исследования предполагают, что зачастую гомосексуальность — не просто выбор жизненного стиля, она связана с физиологической предрасположенностью (Pillard & Bailey, 1995; Turner, 1995; Levay & Hamer, 1994). Такие данные поддерживают требование гомосексуальных меньшинств, считающих, что гомосексуализм — естественное явление.

В некоторых современных научных работах, например, делается вывод, что гомосексуальность обусловлена генетическим складом. Данные исследований генетического происхождения гомосексуальности говорят о том, что в ряде случаев гомосексуальность передается с генами матери (Hu et al., 1995; Hamer et al., 1993). Точно так же эти два исследования показали, что когда один из однояйцевых близнецов был гомосексуалистом, то его брат тоже был гомосексуалистом в 50% случаев. Эта цифра снизилась до 20% и менее, когда братья были разнояйцевыми близнецами или не близнецами вообще, и составляла менее 10%, когда братья были приемными детьми или не являлись биологическими родственниками (Bailey et al., 1993). Несмотря на то, что факторы окружающей среды тоже оказывают большое влияние на гомосексуальность — иначе бы все, у кого брат-близнец — гомосексуалист, были бы тоже гомосексуалистами, генетика играет большую роль в возникновении гомосексуальности.

<Мало событий 1997 года привлекли к себе больше внимания, чем сообщение актрисы Эллен Дежинир, что она и ее телевизионный персонаж Морган — лесбиянки. Эпизод, в котором обнаруживается сексуальная ориентация Морган, значительно увеличил число зрителей этого сериала.>

Гомосексуалисты встречаются в каждой социоэкономической группе, в каждой расе и в каждой профессии. Невозможно определить, в чем именно эти люди отличаются от остальных, помимо их сексуальной ориентации. Представители голубых и розовых меньшинств считают, что поскольку сексуальная ориентация — единственная переменная, которая четко отделяет гомосексуальные пары от гетеросексуальных, то пары геев должны иметь те же права, что и гетеросексуальные. В наше время брачные церемонии иногда проводятся и для однополых пар. Более того, гомосексуальные пары все чаще добиваются права участвовать в жилищных программах, рассчитанных на семейных пар, и получают медицинские семейные страховки; недавние судебные решения принимаются в пользу гомосексуалистов. В 1990-х годах большое внимание в обществе обращалось на равноправие гомосексуалистов в США. Средства массовой информации описывали многие эпизоды «избиения геев», в которых гомосексуалисты-мужчины и лесбиянки-женщины избивались или их даже убивали. В прессе и на телевидении усилиями активистов геев все чаще стали говорить об общественных деятелях, не афишировавших раньше свою сексуальную ориентацию. Кроме того, президент Клинтон пересмотрел отношение армии к гомосексуалистам, эта акция взволновала общество, вызвала споры и после нее военные стали проводить политику «не спрашивай, не говори». То есть вооруженные силы США больше не делают попыток идентифицировать гомосексуалистов, но если есть очевидные доказательства, что военный — гомосексуалист, то его увольняют. Во время споров о гомосексуалистах и военных выявилась одна из наиболее важных тем — могут ли американцы, не только военные, но и гражданское население, преодолеть предрассудки против гомосексуалистов. Несмотря на то, что эта тема связана с сильными эмоциями, исследования показывают, что образование и опыт общения помогают людям принимать других, отличных от них людей такими, какие они есть, и работать с ними (Herek & Capitanio, 1993).

Гомосексуализм остается жизненным стилем, одобряемым многими людьми, независимо от того, какими факторами — окружающей средой или генетическими факторами — он обусловлен. Поскольку вопрос о клинике гомосексуализма отошел на второй план, остается главная проблема: как обществу вести себя по отношению к значительной части населения, отличающейся только своей сексуальной ориентацией? До сих пор общество на Западе не может утверждать, что эффективно решает этот вопрос или справедливо его рассматривает, но по крайней мере выявляется очевидная тенденция к пониманию и равенству в правах.

Общественные нормы и сексуальные ярлыки.

Дефиниции половых извращений и сексуальных дисфункций непосредственно связаны с общественными нормами (Brown, 1983). Можно возразить, что за исключением тех

случаев, когда половые извращения причиняют другим людям боль, их не стоит считать нарушениями. Надо быть очень осторожным, когда мы прикрепляем такие ярлыки к другим или к самим себе. Учтите, что в течение многих лет профессионалы-клиницисты рассматривали гомосексуальность как половое извращение и на основе их суждений создавались законы и даже проводились полицейские рейды против гомосексуалистов. Только когда движение за права геев помогло изменить общественное мнение и установки по отношению к гомосексуальности, клиницисты перестали считать такое поведение нарушением. Тем временем клинические исследования ненамеренно вызвали в обществе преследования, тревогу и унижения миллионов людей из-за их личного сексуального поведения, отличающегося от культурной нормы.

Нарушение половой идентичности — нарушение, при котором человек постоянно ощущает дискомфорт, связанный с его или ее полом, и испытывает сильное желание сменить пол. Это явление называется также транссексуализмом.

Резюме

Парафилии — это расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, включающим неодушевленные предметы, детей, несочувствующих взрослых, причинение унижения или страдания самому человеку или другим людям. Эти расстройства обнаруживаются главным образом у мужчин. Парафилии включают фетишизм, трансвеститский фетишизм (трансвестизм), эксгибиционизм, вуайеризм, фроттеризм, педофилию, сексуальный мазохизм и сексуальный садизм.

Хотя для этих расстройств предлагались различные объяснения, исследования ученых не объясняют их причин. Для лечения таких расстройств применяются различные методы, в том числе терапия отвращения, пресыщение мастурбацией, оргазмическая переориентация и тренинг по предупреждению рецидивов. Тем не менее проводилось недостаточно исследований по эффективности такого лечения.

Расстройство половой идентификации.

Одно из самых интересных нарушений, связанных с сексуальностью, — это нарушение половой идентичности, или транссексуализм, расстройство, при котором люди постоянно чувствуют, что произошла чудовищная ошибка — они не соответствуют своему полу (см. список в справочнике DSM-IV). Люди такого типа хотели бы избавиться от своих первичных и вторичных сексуальных признаков и приобрести характеристики другого пола (APA, 1994). Мужчины с нарушением половой идентичности в среднем численно превосходят женщин в пропорции 2:1. Люди с такой проблемой часто впадают в депрессию и могут думать о суициде (Bradley, 1995). Люди с нарушением половой идентичности, как правило, чувствуют дискомфорт, когда носят одежду своего собственного пола, и вместо этого одеваются в одежду противоположного пола. Этот случай, однако, отличается от трансвестизма. Люди с такой парафилией переодеваются для того, чтобы прийти в состояние сексуального возбуждения; у людей, подверженных транссексуализму, есть гораздо более глубокие причины для переодевания — это нарушение гендерной идентификации (Bradley, 1995). Помимо переодевания, люди с транссексуализмом часто играют роли и занимаются деятельностью, традиционно ассоциирующейся с другим полом (Brown et al., 1996).

Порой нарушение половой идентификации наблюдается и у детей (Zucker, Bradley & Sullivan, 1996; Sugar, 1995). Так же как и взрослые, дети с такими расстройствами чувствуют, что они должны были быть другого пола и стремятся стать такими же, как и представители противоположного пола. Этот детский паттерн, как правило, исчезает в отроческом возрасте или ранней зрелости (Bradley, 1995). Так что транссексуальные взрослые в детстве могли иметь нарушение гендерной идентификации (Tsoi, 1992), однако большинство детей с нарушением гендерной идентификации не превращаются во взрослых-транссексуалов. Некоторые взрослые, страдающие транссексуализмом, не проявляют никаких симптомов до наступления среднего возраста.

Выдвигались различные психологические теории для объяснения этого расстройства (Zucker et al., 1996; Sugar, 1995), однако проводилось мало систематических исследований, чтобы их проверить. Некоторые клиницисты подозревают, что биологические факторы играют основную роль в нарушениях, а одно современное

биологическое исследование провозглашается прорывом в этой области (Zhou et al., 1995). Голландские ученые провели аутопсию мозга шести людей, изменивших свой пол с мужского на женский. Они обнаружили, что группа клеток в гипоталамусе, так называемое опорное ядро терминального тяжа (BST) (bed nucleus of stria terminalis), у этих людей по величине была в два раза меньше, чем у нормальных мужчин.

Поскольку у женщины эта группа клеток намного меньше, чем у мужчины, то фактически у людей, подверженных транссексуализму, эта группа клеток была такого же размера, как и у лиц противоположного пола. Ученые не знают наверняка, какую именно функцию выполняет эта группа клеток у людей, но известно, что она помогает контролировать сексуальное поведение у крыс-самцов. Хотя можно интерпретировать эти данные и иначе, может оказаться и так, что мужчины с транссексуализмом обладают какими-то существенными биологическими отличиями, и именно поэтому их пол причиняет им такие неудобства.

Некоторые взрослые, подверженные транссексуализму, изменяют свои сексуальные характеристики, когда проходят курс гормонального лечения (Bradley, 1995). Врачи прописывают мужчинам с такого типа расстройствами женский сексуальный гормон эстроген, в результате у них увеличивается грудь, уменьшается вес тела, уменьшается количество волос на лице и изменяется состав жиров. Аналогичным образом для многих женщин с таким расстройством прописывают мужской сексуальный гормон тестостерон.

Гормонотерапия и психотерапия позволяет многим людям, страдающим транссексуализмом, вести спокойное существование и играть ту гендерную роль, которая, как им кажется, представляет их подлинную идентичность. Для других этого все же недостаточно и их неудовлетворенность приводит к тому, что они подвергаются процедуре, о которой в медицине спорят больше всего: хирургической операции по изменению пола (Bradley, 1995). Этой хирургии предшествует один или два года гормонотерапии. Сама по себе операция для мужчин включает ампутиацию пениса, создание искусственной вагины и пластическую хирургию по изменению лица. У женщин проводится двустороннее удаление молочной железы и удаление матки. В некоторых случаях выполняется процедура по созданию функционирующего пениса — фаллопластика, но этот метод еще довольно примитивен. Врачи все же разработали силиконовый протез, который создает видимость наличия у пациента мужских гениталий (Hage & Bouman, 1992). Каждый год в США проводится приблизительно 1000 операций по изменению пола. Исследования в Европе показывают, что 1 из каждых 30 000 мужчин и 1 из каждых 100 000 женщин хотят подвергнуться хирургической операции по изменению пола (APA, 1994).

Клиницисты горячо спорят о том, является ли хирургия адекватным лечением нарушений гендерной идентификации.

Некоторые считают, что это самое гуманное решение, и оно лучше всего подходит людям, страдающим от транссексуализма (Cohen-Kettenis & van Goosen, 1997). Другие считают, что транссексуальная хирургия не решает чисто психологическую проблему, так же как не решила бы ее и лоботомия (Restak, 1979). Еще до конца не выяснен длительный психологический эффект хирургической операции. Кажется, что некоторые люди после этой процедуры чувствуют себя хорошо (Bradley, 1995), а у других возникают психологические проблемы.

Наш пол имеет настолько важное значение для нашей идентификации, что большинству из нас трудно даже вообразить, что мы захотим его изменить, а тем более вообразить стресс, который чувствуют люди, сомневающиеся в своей гендерной принадлежности. Независимо от того, является ли основная причина биологической, психологической или социокультурной, нарушение гендерной идентичности причиняет человеку глубокие страдания и подвергает сомнению основы его существования.

< **Джеймс и Джен.** Британский писатель Джеймс Моррисон (слева) чувствовал себя как женщина, попавшая в ловушку мужского тела, он подвергся хирургической операции по изменению пола, которую описал в 1974 году в своей автобиографии «Головоломка». Сегодня Джен Моррис (справа) — писательница, пользующаяся успехом и, по-видимому, достаточно комфортно чувствующая себя с измененным полом.>

Хирургическая операция по изменению пола — хирургическая процедура, которая изменяет половые органы, черты лица и, тем самым, сексуальную идентичность.

Фаллопластика — хирургическая процедура, в ходе которой создается

функциональный пенис.

Резюме

Люди с нарушениями гендерной идентичности или страдающие транссексуализмом постоянно чувствуют, что они не соответствуют своему полу и хотели бы приобрести физические характеристики другого пола. Количество мужчин с такими нарушениями превосходит количество женщин в соотношении 2:1. Причины этого явления до конца не выяснены. Во многих случаях такого расстройства применялось гормональное лечение и психотерапия. Проводятся и операции по изменению пола, однако хирургия, как форма «лечения» такого расстройства, вызывает горячие споры.

Подводя итоги.

Несмотря на общественный интерес к сексуальным нарушениям, клиницисты только недавно начали понимать характер сексуальных дисфункций и разрабатывать эффективные методы лечения. Кроме того, ученые сделали лишь незначительный шаг вперед в объяснении и лечении парафилий и нарушений гендерной идентификации. Раньше люди с сексуальными дисфункциями были обречены всю жизнь испытывать сексуальную фрустрацию. Однако за прошедшие тридцать лет широко исследовалось сексуальное функционирование, и в работах по изучению сексуальных дисфункций отмечались многие психологические, социокультурные и биологические причины. Как мы уже видели на примере многочисленных расстройств, различные причины могут взаимодействовать и приводить к определенной дисфункции, такой как нарушение эрекции у мужчин и нарушение оргазма у женщин.

В некоторых сексуальных расстройствах тем не менее доминирует какая-то одна причина, а комплексные объяснения могут быть неточными и не принесут пользы человеку. Так, например, преждевременная эякуляция, как правило, имеет психологические причины, а причина диспареунии — физиологическая.

За прошедшие три десятилетия произошел важный прогресс в лечении сексуальных дисфункций, и терапия теперь чаще всего помогает людям решить их проблемы. Сегодня секс-терапия представляет собой комплексную программу, предназначенную для решения определенных проблем личности или семейной пары. Опять-таки могут сочетаться различные техники, хотя в некоторых случаях для решения той или иной проблемы требуется какой-то один метод.

Один из самых существенных выводов, который можно сделать на основе этой работы, состоит в том, что знание о сексуальных дисфункциях может быть не менее важным, чем лечение. Сексуальные мифы до сих пор воспринимаются настолько серьезно, что они часто вызывают чувство стыда, ненависти к себе, изоляции и безнадежности — ощущения, которые сами по себе создают сексуальные проблемы. Даже незначительная по объему информация может помочь человеку, нуждающемуся в лечении. Фактически, большинству людей, а не только тем, кого надо лечить, полезно знать, как происходит сексуальное функционирование, поэтому внимание ученых-клиницистов привлекают книги, телевидение и радио, школьные программы, презентации различных общественных групп и тому подобное. Важно, чтобы такие акции продолжались и их количество возрастало в будущем.

Ключевые термины

Сексуальная дисфункция

Цикл сексуального реагирования

Фаза влечения

Пониженное половое влечение

Сексуальное отвращение

Пролактин

Тестостерон

Эстроген

Афродизиак

Фаза возбуждения

Расстройство женского сексуального возбуждения

Мужское нарушение эрекции

Набухание пениса ночью

Тревога, связанная с выполнением действия

Роль наблюдателя

Фаза оргазма

Преждевременная эякуляция
Мужское оргазмическое расстройство
Женское оргазмическое расстройство
Вагинизм
Диспареуния
Секс-терапия
Взаимная ответственность
Сосредоточенность на ощущениях
Чувственное осознание
Самообучающий тренинг
Техника поддразнивания
Виагра
Аппарат вакуумной эрекции
Протез пениса
Техника стоп-старта
Тренинг контролируемой мастурбации
Сексуальная зависимость
Парафилия
Фетишизм
Аверзивная терапия
Скрытая десенситизация
Оргазмическая переориентация
Трансвеститский фетишизм
Трансвестизм
Эксгибиционизм
Вуайеризм
Фроттеризм
Педофилия
Тренинг по предотвращению рецидивов
Сексуальный мазохизм
Гипоксифилия
Аутоэротическая асфиксия
Сексуальный садизм
Нарушение гендерной идентичности
Транссексуализм
Опорное ядро терминального тяжа
Гормональное лечение
Хирургия по изменению пола
Фаллопластика

Контрольные вопросы

1. Какие сексуальные дисфункции связаны с фазой влечения цикла сексуального реагирования? Насколько они распространены и что является их причиной?
2. Каковы симптомы и распространенность расстройств женского сексуального возбуждения и нарушения мужской эрекции? С какой фазой цикла сексуального реагирования они связаны?
3. Какие возможны причины мужского нарушения эрекции?
4. Какие сексуальные дисфункции связаны с тревогой за совершение полового акта и ролью наблюдателя?
5. Каковы симптомы, признаки и главные причины преждевременной эякуляции, нарушения оргазма у мужчин и женщин? С какой фазой цикла сексуального реагирования они связаны?
6. Определите, опишите и объясните расстройства, связанные с сексуальными болевыми ощущениями.
7. Каковы основные черты современной секс-терапии? Какие конкретные техники используются для лечения конкретных сексуальных дисфункций?
8. Перечислите, опишите и объясните основные парафилии.
9. Опишите технику применения терапии отвращения, пресыщение мастурбацией, оргазмическую переориентацию и тренинг по предупреждению рецидивов. Для лечения каких видов парафилии используются эти терапии и насколько они успешны?
10. В чем отличие трансвестизма от нарушений половой идентификации (транссексуализма). Каковы основные методы лечения нарушения половой идентичности?

Глава 12. Шизофрения.

Что значит для меня шизофрения? Это значит усталость и неразбериха. Это попытки разделить все события на происходящие в реальности и на нереальные, иногда не зная, где они нахлестываются друг на друга. Это попытки ясно мыслить, отыскивая путь в лабиринте переживаний, когда мысли непрерывно вытекают из твоей головы и тебе сложно разговаривать с людьми. Это значит порой чувствовать себя внутри своей головы и видеть, как ты гуляешь по собственному мозгу или наблюдать, как другая женщина носит твою одежду и выполняет действия, как только ты подумаешь о них. Это значит знать, что за тобой непрерывно следят, что тебе никогда не преуспеть в жизни, поскольку все законы против тебя; знать, что окончательная гибель неминуема (Rollin, 1980, p. 162).

Эта женщина описывает, что чувствует человек, страдающий шизофренией. Люди, которые ранее могли вести если не успешную, то нормальную деятельность, заболевая шизофренией, погружаются в мир необычных ощущений, странных мыслей, искаженных чувств и двигательных нарушений. Это психоз, основной характеристикой которого является потеря контакта с реальностью. Способность пациентов взаимодействовать с окружающим миром настолько нарушается, что они теряют способность вести нормальную деятельность дома, в кругу друзей, в школе или на работе. Они могут испытывать галлюцинации (ложное сенсорное восприятие), бред (ложное убеждение), или уйти в свой внутренний мир. Психоз может быть вызван приемом ЛСД, амфетаминов или кокаина (см. главу 10). Причиной психоза также могут быть черепно-мозговая травма (ЧМТ) или органические заболевания мозга. Однако, как правило, психоз проявляется в форме шизофрении.

Шизофрения — психическое заболевание, при котором личная жизнь, социальная и профессиональная деятельность страдают в результате появления странных ощущений, нарушения мышления и двигательных дисфункций.

Психоз — состояние, в котором человек теряет контакт с реальностью по ключевым каналам получения и переработки информации.

Приблизительно каждый сотый человек в мире в какой-то момент своей жизни заболевает шизофренией (APA, 1994). Финансовые затраты на это заболевание чрезвычайно велики, ежегодно они оцениваются в сумму более 100 млрд. долларов, включая бюджеты стационаров, потерю прибыли и пенсии по инвалидности (Black & Andreasen, 1994). Для семей больных это еще и страшная эмоциональная тяжесть. К тому же, страдающие шизофренией имеют высокий риск самоубийства или развития соматической болезни (Meltzer, 1998; Brown, 1997).

Экономический статус	Заболеваемость шизофренией в год, %
Низкий	1,9
Ниже среднего	1,3
Средний	0,9
Выше среднего	0,8
Высокий	0,4

Рисунок 12.1. Социоэкономические классы и шизофрения. По результатам исследований, в Соединенных Штатах бедные люди намного более подвержены шизофрении, чем богатые. (Keith et al., 1991, адаптировано.)

Хотя шизофрения встречается во всех социоэкономических группах, ей наиболее подвержены люди с низким уровнем дохода (рис. 12.1), вследствие чего некоторые теоретики считают, что травматичность нищеты сама по себе является причиной этой болезни. Однако возможно и то, что жертвы шизофрении из-за болезни опускаются на более низкий социоэкономический уровень или остаются бедными из-за невозможности эффективного функционирования (Munk & Mortensen, 1992). Эта теория иногда называется теорией «нисходящего дрейфа» («downward drift» theory). Шизофренией в равной степени страдают и мужчины, и женщины. Однако у мужчин это заболевание часто начинается раньше и протекает более тяжело (Castle et al., 1995). Около 3% разведенных или живущих врозь людей в какой-то момент заболевают шизофренией, по сравнению с 1% людей, состоящих в браке, и 2% людей, не вступавших в брак (Keith et al., 1991). Опять-таки, неизвестно, являются ли семейные проблемы причиной или следствием заболевания.

Приблизительно 2,1% афроамериканцев получают диагноз шизофрения по сравнению с 1,4% белых американцев (Keith et al., 1991). Однако по данным переписи,

афроамериканцы чаще живут в бедности и испытывают трудности в семейной жизни. Когда эти факторы учитываются, рейтинг заболеваемости шизофренией одинаков для обеих расовых групп.

<«Вряд ли когда-либо история мира... знала больше безумств, чем в наши дни». — Джон Хоукс, «На возрастание безумства», 1857>

Шизофрения — это состояние, которое первым приходит на ум при слове «сумасшествие» (Cutting, 1985). И в прошлом, и в наши дни люди очень интересуются этим заболеванием, толпами стекаясь на театральные постановки и кинофильмы (включая популярные фильмы ужасов), сюжет которых завязан на шизофрении. Но в то же время можно видеть, что ко многим людям с этим заболеванием относятся с пренебрежением, нужды их практически полностью игнорируются. Они живут без адекватного лечения, не имея никакой возможности развивать свои задатки человеческого существа (Torgue, 1997).

Клиническая картина шизофрении.

Симптомы шизофрении чрезвычайно разнообразны, равно как и причины ее возникновения, течение и чувствительность к лечению (APA, 1994). Некоторые клиницисты считают, что на самом деле шизофрения является группой отдельных расстройств, обладающих некоторыми общими признаками. Чтобы увидеть разнообразие форм, которые может принимать шизофрения, рассмотрим троих человек, получивших этот диагноз. Данные клинические случаи взяты из работ Сильвано Ариети (Arieti, 1974), известного специалиста по шизофрении.

Энн, 26 лет. Энн закончила среднюю школу и школу прикладного искусства... В возрасте 18 лет она стала встречаться с Генри... Вскоре после этого они обручились и часто встречались до свадьбы...

Жизнь в браке для обоих супругов оказалась скучной рутинной. Они очень редко разговаривали... Энн все больше разочаровывалась в Генри. У них не оказалось ничего общего; она была склонна к артистизму, в то время как Генри обладал обыкновенным, традиционным взглядом на жизнь. В это время она стала ходить на танцы и затем встретила Чарльза. Ее интерес к нему увеличивался, но... католическая церковь не приемлет развода. Внутренний конфликт возрастал и поверг Энн в состояние глубокого стресса...

...Однажды вечером она вернулась домой с танцев и сказала матери, что собирается бросить своего мужа Генри, выйти замуж за Чарльза, уехать с ним в Бразилию и родить двадцать детей. Энн говорила очень быстро, и многое было совершенно невозможно понять. Тогда же она сказала матери, что ей являлась в видениях Дева Мария. Затем Энн направилась к свекрови и сказала, чтобы она забрала своего сына Генри, поскольку тот слишком незрел. На следующий день Энн пошла на работу, где попыталась заставить всех служащих в офисе встать на колени, пока она будет читать молитвы. Несколько дней спустя ее мать отвела Энн к священнику, которого та недвусмысленно «отругала» и под конец даже плюнула в него. Психиатр, к которому они обратились, рекомендовал госпитализацию (Arieti, 1974, p. 173-177).

<**Шизофрения** — популярная тема в искусстве, часто искусство рассматривает ее в весьма позитивных аспектах. В популярном альбоме Пинк Флойд «Стена» шизофрения представляется как выбор некоторых людей, стремящихся спасти себя от несчастий, приносимых обществом.>

Ричард, 23 года. В средней школе Ричард учился посредственно. После окончания школы был призван в армию... Ричард вспоминал период после демобилизации... как один из наихудших в своей жизни... Любое, даже смутное ожидание неприятности могло вызвать у него приступы тревоги...

Приблизительно через два года после возвращения к гражданской жизни Ричард оставил работу, поскольку больше не мог выносить чувства неуверенности в себе, и отказался искать другую. Большую часть дня он находился дома. Мать ворчала, что Ричард слишком ленив и не хочет ничего делать. Он стал медлительнее, ленился одеваться и ухаживать за собой. Когда он выходил из дома, то чувствовал, что вынужден «давать комментарии» всему, что видел. Ричард не знал, что делать вне дома, куда идти, куда поворачивать. Если он видел красный сигнал светофора на перекрестке, то интерпретировал его как сообщение, что ему не следует идти в этом направлении, а если замечал на дорожном знаке стрелку, то следовал ей, расценивая это как посланный Богом знак, указывающий, куда ему направляться. Чувствуя, что

заблудился, Ричард пугался, возвращался домой и оставался там, боясь выходить, поскольку выйти из дома значило принимать решения или делать выбор, на что он не чувствовал себя способным. Он дошел до того, что оставался дома большую часть времени. Но даже дома симптомы мучили Ричарда. Он не мог ничего делать; почти любое движение казалось ему непреодолимым препятствием, он ощущал его как создание новой реальности и не знал, следует ему это делать, или нет. Ричард все больше боялся сделать что-то неправильное. Этот страх мешал ему одеваться, раздеваться, есть и так далее. Он чувствовал себя парализованным и лежал в постели без движения. Постепенно состояние Ричарда ухудшалось, он стал совсем неподвижен и должен был быть госпитализирован...

Будучи не в состоянии принять решение, Ричард чувствовал себя заблокированным и часто целыми днями оставался немым и неподвижным, как статуя (Arieti, 1974, p. 153-155).

<«Я определенно не выбрал бы сумасшествие, будь у меня такой выбор, но если уж что-то подобное взялось за тебя, от него так просто не избавишься». — Винсент Ван Гог, 1889>

Лаура, 40 лет. Лаура страстно желала как можно скорее стать независимой и оставить родительский дом [в Австрии]... Она стала профессиональной танцовщицей в двадцать лет.. и выступала в театрах водевилей во многих европейских странах...

Своего мужа Лаура встретила во время одного из турне по Германии... Они поженились и стали жить в небольшом провинциальном городке во Франции, где муж вел свое дело... Она провела в этом городке год и была очень несчастна... [Наконец] Лаура с мужем решили эмигрировать в Соединенные Штаты...

У них не было детей, и Лаура... интересовалась домашними животными. У нее была собака, к которой Лаура была очень привязана. Собака заболела, ее частично парализовало, и, по мнению ветеринаров, не было никакой надежды на выздоровление... Наконец [муж] рассказал об этом Лауре, спросив ее: «Нужно ли усыпить собаку или нет?» С того времени Лаура стала беспокойной, взволнованной и угнетенной...

...Потом Лаура начала жаловаться на соседей. Женщина, которая жила этажом ниже них, стучала в стену, чтобы раздражать Лауру. По словам мужа, соседка действительно несколько раз стучала в стену; он сам слышал шум. Однако Лаура все больше и больше беспокоилась об этом. Она просыпалась посреди ночи: ей казалось, что она слышала звуки из нижней квартиры. Она расстраивалась и сердилась на соседей... Потом Лаура стала еще более тревожной. Ей начало казаться, что теперь соседи записывают каждое ее слово; возможно, что у них в квартире «жучки». У Лауры стали появляться «забавные» ощущения. Происходило много странного, чего она не могла объяснить; люди на улице как-то забавно смотрели на нее, продавец в мясной лавке с какой-то целью обслужил ее последней, хотя она находилась в середине очереди. В течение нескольких следующих дней Лаура чувствовала, что люди замышляют причинить вред ей или ее мужу...

Вечером, когда Лаура смотрела телевизор, ей стало очевидно, что телевизионные программы относились к ее жизни. Люди в этих программах часто говорили в точности то, о чем она думала. Они крали ее мысли. Лаура решила пойти в полицию и доложить об этом (Arieti, 1974, p. 165-168).

Сцены из современной жизни

Воображаемые отношения

На теннисном турнире профессионалов в 1993 году Моника Селеш (см. фото) была ранена 38-летним мужчиной из Германии. Напавший на нее был без ума от другой звезды тенниса, Штеффи Граф, и считал своим долгом помочь карьере Граф, выведя из строя ее соперницу. Селеш на два года выбыла из профессионального тенниса.

В 1989 году актриса Ребекка Шеффер, прославившаяся в телесериале «Моя сестра Сэм», была застрелена поклонником у своего дома в Западном Голливуде. Он месяцами пристально следил за карьерой Шеффер и в конце концов отправился к ней домой. Не встретив теплого отношения, он принял ее отказ как знак высокомерия и, выстрелив, убил актрису.

Ежегодно в Соединенных Штатах по крайней мере 200 тысяч человек становятся жертвами подобных преследователей. Некоторые из преследователей страдают бредом эротомании, безосновательным убеждением в том, что их любит человек, который на самом деле может быть случайным знакомым или вовсе незнакомцем (Andreassen, 1993). У некоторых людей с подобным бредом, как у преследователей Шеффер и Граф, могут возникнуть фантазии, в которых они чувствуют необходимость

защищать объект своего желания, вредить ему или даже убить (Menzies et al., 1995).
<**Вопросы для размышления.** Некоторые специалисты считают, что бред эротомании в наши дни более распространен, чем в прошлом. Отчего так может быть? Как могут влиять на возможность возникновения других случаев бреда эротомании случаи, подобные приведенным выше?>

Симптомы шизофрении.

Энн, Ричард и Лаура перешли от нормальной деятельности к неэффективному взаимодействию с миром. Каждый из них испытывал некоторые из симптомов, свойственные шизофрении. Симптомы могут быть разбиты на три категории: позитивные симптомы (избыток мыслей, эмоций, действий), негативные симптомы (дефицит мыслей, эмоций, действий), и психомоторные симптомы.

Позитивные симптомы

Позитивные симптомы являются «патологическим избытком», или странными дополнениями к поведению человека. Бред, дезорганизованное мышление и речь, обостренное восприятие и галлюцинации и эмоциональная неадекватность наиболее часто встречаются в клинической картине шизофрении.

***Позитивные симптомы** — симптомы шизофрении, кажущиеся избытками, то есть причудливыми дополнениями к нормальным мышлению, чувствам или поведению.*

Бред. У многих людей, страдающих шизофренией, формируется бред, идеи, в которых они полностью убеждены, но которые в действительности не имеют никакого основания. У некоторых людей формируется только одна линия бреда, которая влияет на их жизнь и поведение, в то время как у других — несколько линий бреда. При шизофрении наиболее часто встречается бред преследования (APA, 1994). Люди с бредом преследования считают, что против них затевается заговор или к ним предвзято относятся, что за ними шпионят, их порочат, им угрожают, на них нападают или наносят преднамеренный вред. Лаура была убеждена в том, что ее соседи старались вызывать у нее раздражение и что другие люди пытались причинить вред ей или ее мужу. Люди, страдающие шизофренией, также могут испытывать бред отношения, при котором они находят особое и личное значение в поступках других или в различных объектах или событиях. Например, Ричард интерпретировал стрелки на дорожных знаках как указатели направления, которым он должен следовать. Люди с бредом величия убеждены в том, что они являются великими изобретателями, божественными спасителями человечества или иными особо важными персонками. Те же, кто страдает бредом контроля, считают, что их чувства, мысли и действия контролируются другими людьми.

***Бред** — странное неверное убеждение, твердо удерживаемое вопреки доказательствам обратного.*

<**Бред величия.** В 1892 году художник, который был пациентом больницы для душевнобольных, требовал поклонения своей картине, автопортрету в виде Христа. Хотя лишь некоторые люди с шизофренией обладают его художественными способностями, у многих из них наблюдается выраженный бред величия.>

<«Мы посланники Бога». — Джейк и Элвуд Блюз в фильме «Братья Блюз», 1980 — бред величия?>

Дезорганизованное мышление и речь. Люди с шизофренией могут быть неспособными мыслить логически и порой высказываются причудливым образом. Эти формальные расстройства мышления могут вызывать сильное смущение у страдающих ими и чрезвычайно затруднять общение (Docherty, DeRosa & Andreasen, 1996). Зачастую они принимают форму позитивных симптомов (патологического избытка), как, например, речевая спутанность, неологизмы, персеверации и рифмование.

***Формальное расстройство мышления** — нарушение в продукции и организации мышления.*

При речевой спутанности, наиболее распространенном формальном расстройстве мышления, люди стремительно переходят с одной темы на другую, считая, что их несвязные высказывания имеют смысл. Один человек, страдающий шизофренией, на вопрос, почему он чешет руки, ответил:

Все дело в насекомых. Мой брат коллекционировал насекомых. Его рост сейчас 5 футов 10 дюймов. Вы знаете, 10 — мое любимое число. Еще я люблю танцевать, рисовать и смотреть телевизор.

***Речевая спутанность** — распространенное нарушение мышления при шизофрении, при котором человек быстро переходит с одной темы разговора на другую.*

Некоторые люди с шизофренией демонстрируют формальное расстройство мышления,

выражающееся в использовании неологизмов (выдуманных слов). Как правило, эти слова имеют какое-либо значение только для человека, использующего их. Один больной утверждал: «парниф ситуации требует очень мастивного решения». У других формальное расстройство мышления может проявляться в персеверациях, когда больные снова и снова повторяют свои слова и высказывания (Capleton, 1996). Наконец, некоторые для мышления и самовыражения используют рифмование. На вопрос о ее самочувствии, одна женщина ответила: «Well, hell, it's well to tell» (Хорошо, черт возьми, хорошо говорить). Другой человек описывал погоду так: «So hot, you know it runs on a cot» (Так жарко, хватит лежать в кровати). Исследования показывают, что некоторая спутанность речи или мышления может проявляться задолго до развертывания полной картины шизофрении (Bilder et al., 1992).

Неологизм — придуманное слово, имеющее какое-то значение только для человека, употребляющего его.

Персеверация — постоянное повторение слов и высказываний.

Рифмование — используется некоторыми людьми с шизофренией как способ формирования мыслей и высказываний.

Обостренное восприятие и галлюцинации. Видимо, у некоторых людей с шизофренией восприятие и внимание обострены. Эти больные могут ощущать, что их сознание переполняют знаки и звуки окружающего мира. В связи с этим им практически невозможно браться за что-либо серьезное.

Кажется, все захватывает мое внимание... В эту минуту я говорю с вами, но одновременно я могу слышать звуки за дверью и в коридоре. Мне трудно отвлечься от них и поэтому сложнее сконцентрироваться на том, что я говорю вам (McGhie and Chapman, 1961).

Клинические исследования постоянно обнаруживали трудности с восприятием и вниманием при шизофрении (Bustillo et al., 1997; Finkelstein et al., 1997). По их результатам можно также предположить, что подобные проблемы могут формироваться за годы до начала заболевания (Cornblatt & Keilp, 1994).

Другой проблемой восприятия при шизофрении являются галлюцинации, ощущения, которые возникают в отсутствие внешних стимулов. Люди, у которых имеются слуховые галлюцинации, наиболее часто встречающиеся при шизофрении, слышат звуки и голоса, идущие как бы извне (APA, 1994; Mueser, Bellack & Brady, 1990). Голоса могут обращаться непосредственно к галлюцинирующему, возможно, отдавая приказы или предупреждая об опасности, или же кажутся подслушанными.

Голоса... обычно звучали у меня в голове, хотя я часто слышал их в воздухе или в разных углах комнаты. Все голоса отличались друг от друга, и каждый был прекрасен, в основном, они говорили или пели разными тонами и на разный лад, и походили на голоса родственников или друзей. Оказалось, что их много в моей голове, могу сказать, до четырнадцати. Я разделил их так, как они сами называли себя или друг друга: на голоса раскаяния и голоса радости и гордости («Perceval's Narrative» in Bateson, 1974).

Исследования позволяют предположить, что люди, имеющие слуховые галлюцинации, на самом деле создают звуки в своем мозге и затем верят в то, что причиной их возникновения являются внешние источники. В одном исследовании измерялся ток крови в области Брока, участке мозга, отвечающем за речь (McGuire et al., 1995, 1993). Исследователи обнаружили увеличение тока крови в области Брока в те моменты, когда у пациентов возникали слуховые галлюцинации. В похожем исследовании шести людям с шизофренией были даны инструкции нажимать на кнопку, когда у них появляются слуховые галлюцинации (Silbersweig et al., 1995). Позитронно-эмиссионная томография выявила увеличение активности у поверхности мозга, в тканях, отвечающих за слух, когда исследуемые нажимали на кнопку. Таким образом, во время слуховых галлюцинаций, по-видимому, мозг производит звуки, и человек слышит эти звуки, хотя не осознает, что они возникают внутри него.

Галлюцинация — ощущение воображаемых знаков, звуков или других сенсорных переживаний, как будто они существуют в действительности.

Галлюцинации могут также задействовать другие органы чувств. Тактильные галлюцинации могут принимать форму покалывания, жжения или ощущения прохождения электрического тока. При висцеральных галлюцинациях больные чувствуют, что что-то происходит внутри их тела, например, что в животе ползает змея. Зрительные галлюцинации могут переживаться как неясные изменения цвета, или облака, или явственные образы людей или предметов. Люди со вкусовыми галлюцинациями зачастую обнаруживают, что их пища или питье имеют странный

вкус, а люди с обонятельными галлюцинациями чувствуют запахи, которых не замечают другие, такие как запах горького миндаля или дыма.

<Вчера я видел, что на небе
Был человек, который не был.
Сегодня он снова там не сидит,
Ах, когда же он улетит! — Детский стишок>



Мозг человека во время галлюцинаций. Позитронно-эмиссионная томография (ПЕТ-сканирование) была произведена в тот момент, когда испытуемый переживал слуховые и зрительные галлюцинации. Видна повышенная активность в областях коры мозга, связанных со слухом (Silversweig et al., 1995). Напротив, передняя часть мозга, ответственная за обнаружение источника звуков и других сигналов, оказалась во время галлюцинации неактивна. Таким образом, человек, испытывающий галлюцинации, видимо, слышит звуки, возникающие в его мозге, но мозг не может определить, что на самом деле они идут изнутри.

Галлюцинации и бред часто сопутствуют друг другу. Женщина, слышащая голоса, отдающие команды, например, может иметь бредовые идеи, что эти команды были помещены в ее голову кем-то другим. Подобным образом, у мужчины с бредом преследования могут возникать галлюцинации, что в его спальне пахнет цианидом или что его кофе имеет привкус яда. Вне зависимости от того, что именно появляется первым, галлюцинации и бред в итоге подпитывают друг друга.

Я думал, что голоса, которые я слышал, передавались через стены моей квартиры и через стиральную и сушильную машины и что эти машины рассказывали мне всякие вещи. Я чувствовал, что агенты правительства расположили в моей квартире приемники и передатчики таким образом, что я мог слышать, что говорят они, а они могли слышать, что говорю я (Apopoulos 1996, p. 183).

Эмоциональная неадекватность. У многих людей, страдающих шизофренией, наблюдается эмоциональная неадекватность, заключающаяся в несоответствии их эмоциональных реакций ситуации. Они могут улыбаться, произнося серьезное высказывание или сообщая ужасные новости, или же расстраиваться в ситуациях, когда скорее должны чувствовать радость. У них также могут быть резкие, необоснованные перепады настроения. Например, во время нежной беседы с женой мужчина с шизофренией внезапно начал выкрикивать оскорбления в ее адрес и жаловаться на неадекватность супруги.

Эмоциональная неадекватность — симптом шизофрении, при котором человек демонстрирует эмоциональные реакции, не соответствующие ситуации.

Наконец, в некоторых случаях подобные эмоции могут являться просто ответом на другие элементы заболевания. Представьте женщину с шизофренией, которая улыбается, когда ей говорят о серьезной болезни ее мужа. В действительности она может быть вовсе не рада этой новости; возможно, она даже не понимает или не слышит этого, а реагирует на шутку, которую услышала при слуховой галлюцинации.

Негативные симптомы

Негативные симптомы являются «патологическим дефицитом», свойствами, которых человеку не хватает. При шизофрении наиболее часто встречаются алогия (бедность речи), эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение, абulia («дефицит воли») и социальная изоляция. Этот дефицит оказывает сильное влияние на жизнь и деятельность больных шизофренией.

Негативные симптомы — симптомы шизофрении, кажущиеся дефицитом нормального мышления, чувств или поведения.

Алогия. Некоторые люди с симптомом алогии или бедности речи думают и говорят очень мало. Другие говорят несколько больше, но смысла в их словах сравнительно немного (Chen et al., 1996; Baltaxe & Simmons, 1995). Страдавший шизофренией Вацлав Нижинский, один из лучших балетных танцоров XX века, сделал следующую запись в дневнике 27 февраля 1919 года, когда клиника его болезни становилась все более очевидной.

Я не желаю, чтобы люди думали, что я великий писатель или что я великий художник, и даже что я великий человек. Я простой человек, который много страдал. Я верю, что страдал больше, чем Христос. Я люблю жизнь и хочу жить, плакать, но не могу — я чувствую такую боль в своей душе — боль, которая пугает меня. Моя душа больна. Моя душа, не мой мозг. Врачи не понимают мою болезнь. Я знаю, что нужно мне, чтобы выздороветь. Моя болезнь слишком велика, чтобы можно было от нее быстро избавиться. Я неизлечим. Каждый, кто читает эти строки, будет страдать — они поймут мои чувства. Я знаю, что нужно мне. Я сильный, а не слабый. Мое тело здорово — душа моя больна. Я страдаю, страдаю. Каждый почувствует и поймет. Я человек, а не зверь. Я люблю всех, у меня есть недостатки, я человек — не Бог. Я хочу быть Богом и потому стараюсь совершенствоваться. Я хочу танцевать, рисовать, играть на фортепиано, писать стихи, я хочу любить всех. Вот цель моей жизни (Nijinsky, 1936).

Алогия — часто встречающийся у больных шизофренией симптом, при котором у человека наблюдается оскудение речи или ее содержания. Также известна как бедность речи.

Эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение. У многих людей с шизофренией наблюдается эмоциональная тупость — они демонстрируют гнев, грусть, радость и другие чувства в меньшей степени, чем другие люди. Некоторые не демонстрируют вообще никаких эмоций. Это состояние называется эмоциональным уплощением. Лица таких людей неподвижны, глаза пусты, голоса монотонны. Возможно, что люди с этим симптомом продолжают испытывать эмоции, но не способны выражать их, как это делают другие. В одном исследовании людям показывали очень эмоциональные отрывки из фильмов. Лица зрителей с шизофренией были менее выразительны, чем у других. Тем не менее, по словам больных шизофренией, они испытывали такие же положительные и отрицательные эмоции, что подтвердило измерение их КГР (Kring & Neale, 1996).

Эмоциональная тупость — симптом шизофрении, при котором человек выражает свои чувства в меньшей степени, чем большинство людей.

Эмоциональное уплощение — симптом шизофрении, при котором человек не демонстрирует практически никаких эмоций.

Абулия («дефицит воли»). Многие люди с шизофренией испытывают утрату желаний или апатию, ощущая энергетическое истощение и отсутствие интереса к нормальным целям, а также неспособность начинать или выполнять ряд действий (Lysaker & Bell, 1995). Эти трудности наиболее свойственны тем людям, которые страдают шизофренией много лет, они словно бы изнурены ею. Утрата желаний и нерешительность Ричарда, молодого человека, чей случай был описан выше, сделали прием пищи, одевание и раздевание непосильным для него испытанием.

Абулия («дефицит воли») — симптом шизофрении, при котором наблюдается апатия и неспособность начинать и доводить до конца последовательность действий.

Социальная изоляция. Больные шизофренией могут отдаляться от своего микросоциального окружения и полностью уходить в свои собственные идеи и фантазии. Они могут дистанцироваться от других людей и избегать разговоров с ними. Поскольку их идеи являются нелогичными и запутанными, изоляция способствует дальнейшему уходу от реальности. Возможно, что социальная изоляция также ведет к нарушению коммуникативных навыков и эмпатии, включая способность правильно опознавать желания и чувства других людей (Penn et al., 1997; Mueser et al., 1996).

Психомоторные симптомы

У людей с шизофренией иногда встречаются психомоторные симптомы — в частности, у больных скованные движения или они воспроизводят странные гримасы и жесты (Carnahan, Elliot & Velamoor, 1996; APA, 1994). Они могут постоянно повторять необычные движения, и иногда кажется, что больные делают это с какой-то тайной целью.

Психомоторные симптомы шизофрении могут принимать крайние формы,

объединяемые под названием кататония. Люди в кататоническом ступоре перестают реагировать на сигналы из окружающей среды, оставаясь тихими и неподвижными на протяжении длительного времени. Вспомните, как Ричард целыми днями лежал в кровати, не двигаясь и не говоря ни слова.

Психомоторные симптомы — двигательные нарушения, иногда обнаруживаемые при шизофрении, включая скованность движений и странные гримасы и жесты.

Кататония — набор тяжелых психомоторных симптомов, встречающийся в некоторых формах шизофрении, который может включать кататонический ступор, оцепенение или позирование.



Кататоническая поза. Эти пациенты, запечатленные на фотографии в начале XX века, демонстрируют черты кататонии, включая кататоническое позирование, при котором они принимают причудливые положения на длительные периоды времени. Некоторые люди впадают в кататоническое оцепенение, сохраняя часами жесткую, вертикальную позу и сопротивляясь попыткам изменить ее. Другие демонстрируют кататоническое позирование, на длительные периоды времени принимая неудобные, причудливые положения. Они могут на протяжении часов держать руки вытянутыми под углом 90 градусов к туловищу или сидеть на корточках. У некоторых также наблюдается восковая гибкость, при которой люди неограниченное время сохраняют положение, приданное им кем-то другим. Например, если сиделка поднимет руку пациента или наклонит его голову, тот будет оставаться в этом положении, пока его снова не изменят. Наконец, люди, пребывающие в кататоническом возбуждении, другой форме кататонии, возбужденно двигаются, иногда беспорядочно размахивая руками и ногами.

Течение шизофрении

Первые проявления шизофрении обычно наблюдаются у людей в возрасте от 18 до 35 лет (APA, 1994). В основном больные проходят через три стадии — продромальную, активную и резидуальную. Во время продромальной стадии симптомы шизофрении еще не очевидны, но человек уже перестает функционировать на прежнем уровне. Такие люди подвержены социальной изоляции, странным высказываниям, или проявляют дефицит эмоций. Во время активной стадии симптомы шизофрении становятся явными. Иногда причиной перехода в эту стадию является стрессовая ситуация в жизни человека. У Лауры, женщины средних лет, описанной выше, непосредственными факторами, сыгравшими роль пускового механизма, явились ее плохое здоровье и возможная смерть дорогой ее сердцу собаки. Наконец, некоторые люди переходят в резидуальную фазу, в которой они возвращаются к уровню функционирования, аналогичному продромальной стадии. Позитивные симптомы активной фазы уходят, но некоторые негативные симптомы, например эмоциональная тупость, могут оставаться. Хотя около четверти пациентов полностью выздоравливают от шизофрении, у большинства до конца жизни сохраняются по крайней мере некоторые остаточные проблемы (Putnam et al., 1996).

Каждая из этих фаз может продолжаться дни или годы. Более полное восстановление после приступа шизофрении свойственно тем людям, чья деятельность до заболевания была сравнительно успешной (которые обладали хорошим функционированием в преморбиде), в случае инициации болезни стрессом, если шизофрения возникла остро или развилась во взрослом возрасте (Lindstrum, 1996; Tolbert, 1996). Рецидивы, несомненно, чаще возникают в стрессовых ситуациях (Hultman et al., 1997; Hirsch et al., 1996).

Дифференциальная диагностика.

По DSM-IV диагноз шизофрении ставится тогда, когда признаки заболевания продолжают шесть месяцев или более (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). В дополнение к этому у людей должно наблюдаться ухудшение в профессиональной деятельности, социальных отношениях и снижение способности заботиться о себе. Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin) в 1896 году описал три различные картины шизофрении: гебефреническую (которую сейчас называют «дезорганизованной»), кататоническую и параноидную шизофрению. К этим категориям DSM-IV добавляет еще два типа шизофрении: недифференцированную и резидуальную.

Центральными симптомами дезорганизованной шизофрении являются потеря ориентации, бессвязная речь, эмоциональная тупость или эмоциональная неадекватность. Часто встречаются трудности с концентрацией внимания, крайняя социальная изоляция, странные манеры и гримасы. Некоторым больным свойственно легкомыслие: они постоянно хихикают без определенной причины. Эта картина шизофрении изначально называлась «гебефренической», от греческого *gebe* — юность, считалось, что она в большей степени свойственна пациентам, переживающим период полового созревания.

Дезорганизованная шизофрения — тип шизофрении, при котором в основном наблюдаются потеря ориентации, бессвязная речь, эмоциональная тупость или эмоциональная неадекватность.

Центральными чертами кататонической шизофрении являются психомоторные нарушения определенного рода. Некоторые больные, относящиеся к этой категории, проводят долгое время в кататоническом ступоре; другие демонстрируют кататоническое возбуждение. Ричард, молодой безработный, ставший немым и неподвижным, получил бы диагноз этого типа шизофрении.

Кататоническая шизофрения — тип шизофрении, в котором на первый план выходят тяжелые психомоторные нарушения.

Люди с параноидной шизофренией имеют систематизированный бред и слуховые галлюцинации, которыми зачастую руководствуются в жизни. Лаура получила бы этот диагноз. Она была убеждена, что другие желают навредить ей (бред преследования) и что люди на телевидении украли ее идеи (бред отношения). К тому же, она слышала «шум» из квартиры этажом ниже и чувствовала «забавные ощущения», подтверждающие ее убеждения.

Параноидная шизофрения — тип шизофрении, при котором у больного обнаруживается систематизированный бред и галлюцинации.

Когда люди с шизофренией не подпадают ни под одну категорию, их болезнь относится к недифференцированному типу. Поскольку эта категория является нечеткой, ее многие годы использовали для определения широкого набора необычных картин болезни. Многие клиницисты считают, что на самом деле этой категорией злоупотребляют.

Когда симптомы шизофрении теряют со временем свою силу и частоту, оставаясь при этом в остаточной форме, диагноз пациента обычно меняется на резидуальный тип шизофрении. Как мы замечали выше, люди с этим типом шизофрении могут продолжать демонстрировать эмоциональную тупость или эмоциональную неадекватность, равно как и социальную изоляцию, эксцентричное поведение и специфическое нелогичное мышление.

Недифференцированный тип шизофрении — тип шизофрении, при котором нет доминирования ни одного набора психотических симптомов (потери ориентации, психомоторных нарушений, бреда или галлюцинаций).

Резидуальный тип шизофрении — тип шизофрении, при котором острые симптомы заболевания уменьшились в силе и частоте, но сохранились в остаточной форме.

Многие исследователи считают, что кроме этих категорий DSM-IV, течение болезни помогают предсказать еще и различия между так называемыми Типом I и Типом II шизофрении. В картине Типа I шизофрении доминируют позитивные симптомы, такие как бред, галлюцинации и некоторые формальные расстройства мышления (Crow, 1995, 1985, 1982, 1980; Andreasen et al., 1985). При Типе II шизофрении преобладают негативные симптомы, такие как эмоциональное уплощение, бедность речи и снижение воли (табл. 12.1).

Для пациентов с Типом I шизофрении характерны в основном лучшая приспособляемость до заболевания, более позднее возникновение симптомов, более высокая вероятность наступления улучшения и они лучше реагируют на

антипсихотические препараты, чем пациенты с Типом II шизофрении (Crow, 1995; Fenton & McGlashan, 1994). К тому же, по-видимому, позитивные симптомы Типа I шизофрении тесно связаны с биохимическими аномалиями в мозге, в то время как негативные симптомы Типа II шизофрении связаны со структурными изменениями в мозге (Crow, 1995; Andreasen et al., 1992).

Тип I шизофрении — тип шизофрении, который характеризуется в основном позитивными симптомами, такими как бред, галлюцинации и некоторые формальные расстройства мышления.

Тип II шизофрении — тип шизофрении, при котором у человека наблюдаются в основном негативные симптомы, такие как эмоциональное уплощение, бедность речи и снижение воли.

<Вопросы для размышления. Философ Ницше сказал: «Безумство у отдельных людей встречается редко — но для групп, компаний, наций и эпох оно является правилом». Какие действия, совершаемые группами, могут быть признаны психотическими, если их будет совершать отдельный человек?>

Резюме

Шизофрения является заболеванием, при котором личная жизнь, социальная и профессиональная деятельность страдают в результате нарушения процессов мышления, появления странных ощущений, необычных эмоциональных состояний и двигательных дисфункций. Этим заболеванием страдает приблизительно 1% населения мира.

Симптомы шизофрении. Симптомы шизофрении делятся на три категории: позитивные, негативные и психомоторные. Позитивные симптомы включают в себя бред, некоторые формальные нарушения мышления, галлюцинации и другие нарушения восприятия, а также эмоциональную неадекватность. К негативным симптомам принадлежат бедность речи, эмоциональная тупость, снижение воли и социальная изоляция. В картине болезни могут также встречаться психомоторные симптомы. Шизофрения обычно возникает в юности или в начале зрелости, и проходит через три фазы: продромальную, активную и резидуальную.

Диагностика шизофрении. По DSM-IV выделяется пять типов шизофрении: дезорганизованный, кататонический, параноидный, недифференцированный и резидуальный типы. Кроме того, клиницисты выделяют Тип I шизофрении, которому свойственна в основном позитивная симптоматика, и Тип II шизофрении, при котором наблюдаются в основном негативные симптомы.

Таблица 12.1. Тип I и Тип II шизофрении

	Тип I	Тип II
Симптомы	Позитивные симптомы:	Негативные симптомы:
	Бред	Снижение воли
	Галлюцинации	Социальная изоляция
	Эмоциональная неадекватность	Эмоциональная тупость и эмоциональное уплощение
	Позитивные формальные расстройства мышления	Алогия
Приспособляемость в преморбиде	Относительно хорошая	Относительно плохая
Чувствительность к традиционным антипсихотическим средствам	Хорошая	Незначительная
Исход болезни	Благоприятный	Неблагоприятный
Биологические особенности	Аномальная активность медиатора	Аномальные мозговые структуры

(Crow, 1985, 1982, 1980, адаптировано.)

Теории возникновения шизофрении.

Специалисты в области биологии, психологии и социокультурологии предлагали теории возникновения многих расстройств, в том числе и шизофрении. До сих пор

биологическая теория возникновения шизофрении получила наибольшую научную поддержку. Это не значит, что психологические и социокультурные факторы не играют никакой роли в возникновении шизофрении. Напротив, тут может работать предрасположенность к стрессу: у людей с генетическим предрасположением шизофрения возникает только тогда, когда имеются в наличии и определенного рода психологические события, личный стресс или социальное ожидание (Moldin & Gottesman, 1997; Yank et al., 1993).

Биологический подход.

Последние несколько десятилетий в изучении шизофрении основное место занимали генетические и биологические исследования. Они выявили ключевую роль наследственности и мозговой активности в развитии этого заболевания, тем самым открыв путь важным изменениям методов его лечения.

Генетические факторы

Следуя за основными положениями модели предрасположенности к стрессу, специалисты в области генетики считают, что некоторые люди наследуют биологическую предрасположенность к шизофрении, и впоследствии у них развивается заболевание, когда они сталкиваются с сильным стрессом, обычно в юности или молодости. Генетическая точка зрения была подтверждена изучениями (1) родственников больных шизофренией, (2) близнецовых пар с шизофренией, (3) усыновленных людей с шизофренией и (4) генетических связей и молекулярной биологии.

Изучение родственников. Генеалогические исследования неоднократно обнаруживали, что шизофрения в большей степени распространена среди родственников людей, страдающих этой болезнью (Kendler et al., 1994, 1993; Parnaq et al., 1993). И чем ближе родство, тем больше вероятность развития этого заболевания у родственников больного (рис. 12.2).

Близнецовые исследования. Близнецы, представляющие один из видов наиболее тесной родственной связи, привлекли к себе особое внимание исследователей шизофрении. Если оба человека из близнецовой пары обладают одними особенными чертами, говорится, что они являются конкордатными по этим чертам. Если в шизофрении действуют генетические факторы, однояйцевые близнецы (обладающие одним набором генов), должны иметь более высокую конкордантность по этому заболеванию, чем разнояйцевые близнецы (чей геном совпадает лишь частично). Эти предположения неоднократно подтверждались исследованиями (APA, 1994; Gottesman, 1991). Исследования обнаружили, что в случае заболевания шизофренией одного из однояйцевых близнецов у второго шизофрения возникнет в 48% случаев. Для сравнения, если шизофренией заболеет один из разнояйцевых близнецов, у другого она разовьется в 17% случаев.

Родственные отношения с больным шизофренией (Вы больному)	Процент риска, %
<i>Родственные отношения третьей степени</i>	
Основная популяция	1
Супруг / супруга	2
Двоюродный брат / сестра	2
<i>Родственные отношения второй степени</i>	
Дядя / тетя	2
Племянник / племянница	4
Внук / внучка	5
Брат / сестра по матери / отцу	6
<i>Родственные отношения первой степени</i>	
Мать / отец	6
Сын / дочь	9
Человек, один из родителей которого болен шизофренией	13
Разнояйцевый близнец	17
Человек, оба родителя которого страдают шизофренией	46
Однояйцевый близнец	48

Рисунок 12.2. Родственные связи. Люди, биологически связанные с больными шизофренией, имеют повышенный риск возникновения у них этого заболевания в

течение жизни. Чем ближе родственная связь (т. е. чем более сходен генетический набор), тем выше риск возникновения заболевания. (Gottesman, 1991, р. 96, адаптировано.)

<«И что такого нашли в этой реальности?» — Человек с шизофренией, 1988>

Изучение приемных детей. Исследования приемных детей сравнивают взрослых людей, страдающих шизофренией, которые в детстве были усыновлены, с их биологическими и приемными родителями. Поскольку они росли отдельно от своих биологических родственников, сходные симптомы шизофрении у этих родственников должны указывать на генетическое влияние. Наоборот, сходство с приемными родителями должно предполагать влияние окружения. Опять-таки, исследователи обнаружили, что у биологических родственников усыновленных людей с шизофренией чаще встречаются симптомы шизофрении, чем у их приемных родственников (Gottesman, 1991; Kety, 1988, 1974).

<Психологические заметки. Две трети опрошенных считают, что причиной шизофрении и депрессии является наследственная предрасположенность (NAMI, 1996).>

Исследования генетических связей и молекулярной биологии. Как в случае биполярных расстройств (см. главу 6), исследователи проводили изучение генетических связей и молекулярной биологии с целью указать на возможные генетические факторы в шизофрении (Basset, 1992; Eaves et al., 1988). В одном исследовании ученые выбирали большие семьи, где шизофрения была очень распространена, брали образцы крови и участки ДНК у всех членов семьи, и затем сравнивали сегменты генов, взятых у членов семьи с шизофренией и без нее. Используя эту процедуру для семей по всему миру, различные исследования выделили возможные дефекты генов в хромосомах 5, 6, 8, 9, 10, 11, 18 и 19, каждый из которых может предрасполагать человека к заболеванию шизофренией (Leutwyler, 1996; Wang et al., 1995).

Различия в результатах этих исследований могут указывать, что некоторые из предполагаемых участков генов являются случаями ошибочного опознания и в действительности не связаны с шизофренией. Или же различные типы шизофрении связаны с различными генами. Возможно также, что как и многие другие заболевания, шизофрения вызывается набором генетических дефектов (Moldin & Gottesman, 1997).

Как могут генетические факторы влиять на развитие шизофрении? Исследования указали на два вида биологических аномальностей, которые, как полагают, наследуются — биохимические аномалии и аномальная структура мозга.

Биохимические аномалии

Мы говорили о том, что мозг состоит из нейронов (см. главу 2). Когда импульс (или «послание») переходит с одного нейрона на другой, он связывается с принимающим нейроном и передвигается вниз по телу этого нейрона, пока не достигнет нервного окончания. Затем нервное окончание освобождает химический медиатор, который пересекает синаптическое пространство и достигает рецепторов другого нейрона, таким образом передавая послание, пробуждая к действию следующий нейрон. В последние два десятилетия результаты исследований вели к допаминовой гипотезе объяснения шизофрении: нейроны, использующие медиатор допамин, слишком часто возбуждаются и передают слишком много посланий, таким образом продуцируя симптомы заболевания. Цепь событий, приводящих к этой гипотезе, началась со случайного открытия антипсихотических препаратов-лекарственных средств, которые снимают симптомы шизофрении. Первая группа антипсихотических препаратов, фенотиазины, была открыта в 1950-х годах учеными, искавшими новые антигистаминные лекарства для лечения аллергии. Хотя фенотиазины потерпели неудачу в качестве антигистаминов, стала очевидной их эффективность в снятии симптомов шизофрении, и клиницисты принялись часто прописывать их.

Допаминовая гипотеза — теория, утверждающая, что причиной шизофрении является чрезмерная активность медиатора допамина.

Антипсихотические препараты — лекарственные средства, корректирующие тяжелую потерю ориентации или искаженное мышление.

Фенотиазины — группа антигистаминовых средств, ставшая первой группой эффективных антипсихотических препаратов.

Исследователи вскоре обнаружили, что эти антипсихотические средства часто вызывают причиняющий беспокойство пациентам мышечный тремор, симптом, идентичный таковому при болезни Паркинсона, неврологическом заболевании,

выводящем человека из строя. Эта нежелательная реакция на антипсихотические препараты дала исследователям первые важные сведения о биологии шизофрении. Ученые уже знали, что люди, страдающие от болезни Паркинсона, имеют аномально низкий уровень содержания медиатора допамина в некоторых областях мозга и что недостаток допамина является причиной их неконтролируемой дрожи.

Если антипсихотические препараты, снимая психотические симптомы, вызывают паркинсонические симптомы у людей с шизофренией, то, возможно, эти препараты снижают активность допамина. Ученые пошли в своих предположениях дальше, — ведь если снижение активности допамина помогает снять симптомы шизофрении, возможно, шизофрения в основном связана с чрезмерной активностью допамина. С 1960-х годов допаминовая гипотеза была подтверждена и доработана. Например, исследователи обнаружили, что у некоторых людей, страдающих болезнью Паркинсона, возникают симптомы шизофрении, если они принимают слишком много препарата L-dopa, поднимающего уровень допамина у пациентов с этой болезнью (Carey et al., 1995). Очевидно, что L-dopa поднимает у таких больных активность допамина настолько, что она вызывает шизофрению. Изучение амфетаминов также дало подтверждение этой гипотезе. Исследователи в 1970-х годах впервые заметили, что люди, принимающие большие дозы амфетаминов, могут испытывать амфетаминный психоз, синдром, очень похожий на шизофрению (см. главу 10). Они также обнаружили, что антипсихотические препараты могут снимать симптомы амфетаминного психоза так же, как они снимают симптомы шизофрении (Janowsky & Davis, 1976; Janowsky et al., 1973). В конечном счете, было установлено, что амфетамины повышают активность допамина в мозге, таким образом продуцируя симптомы шизофрении (Nestler et al., 1995; Snyder, 1976).

<Побочные эффекты. У этого мужчины тяжелый случай болезни Паркинсона, заболевания, вызываемого низкой активностью допамина, и он не может бриться самостоятельно из-за дрожи в руках. Традиционные антипсихотические средства часто вызывают похожие паркинсонические симптомы.>

Исследователи выделили области мозга, богатые допаминовыми рецепторами, и обнаружили, что фенотиазины и другие антипсихотические препараты связываются со многими из этих рецепторов (Burt et al., 1977; Creese et al., 1977). Очевидно, что эти препараты являются антагонистами допамина — препаратами, связывающимися с допаминовыми рецепторами, избегая, таким образом, связывания с рецепторами допамина и предотвращая возбуждение нейрона (Iversen, 1975). Исследователи выделили пять различных видов допаминовых рецепторов — называемые D-1, D-2, D-3, D-4 и D-5 рецепторами — и обнаружили, что фенотиазины наиболее сильно связываются с D-2 рецепторами (Strange, 1992).

Эти открытия позволяют предположить, что сигналы, передаваемые от посылающих допамин нейронов к допаминовым рецепторам других нейронов, особенно к D-2 рецепторам, могут передаваться слишком легко или слишком часто. Эта теория достаточно привлекательна, поскольку известно, что определенные допаминовые нейроны играют важную роль в управлении вниманием (Cohen et al., 1988). Можно предположить, что люди, внимание которых серьезно нарушено чрезмерной активностью допамина, будут иметь трудности со вниманием, восприятием и мышлением, встречающиеся при шизофрении.

Почему допамин проявляет излишнюю активность у людей с шизофренией?

Возможно, потому что люди с этим заболеванием имеют большее, чем обычно, число допаминовых рецепторов, в особенности D-2 рецепторов (Sackdval, 1990; Seidman, 1990). Вспомните, что когда допамин переносит послание на принимающий нейрон, он должен связаться с рецептором нейрона. Большее количество рецепторов вызовет большую активность допамина и большее число возбужденных нейронов.

Являясь достаточно популярной, допаминовая гипотеза имеет и определенные проблемы. Она была поставлена под сомнение открытием новой группы антипсихотических препаратов, так называемых атипичных антипсихотических средств, которые зачастую намного эффективнее традиционных. Новые препараты связываются не только с D-2 допаминовыми рецепторами, как традиционные, но также и с рецепторами других медиаторов, например, серотонина (Meltzer, 1995, 1992). Таким образом, возможно, что шизофрения связана с аномальной активностью и допамина, и серотонина, а также, может быть, других медиаторов, а не только с аномальной активностью допамина (Busatto et al., 1997; Kapur & Remington, 1996).

Атипичные антипсихотические препараты — новая группа антипсихотических средств, действующая иным биологическим путем, чем действуют традиционные

антипсихотические препараты.

Аномальная структура мозга

В течение последнего десятилетия исследователи также связали шизофрению, особенно Тип II шизофрении, с аномальностями в структуре мозга (Buchanan & Carpenter, 1997; Strange, 1992).

Используя новую технику для сканирования, исследователи обнаружили, что у многих людей с шизофренией расширены желудочки мозга — полости в мозге, содержащие цереброспинальную жидкость (Corey-Bloom et al., 1995; Cannon & Marco, 1994). Желудочки с левой стороны их мозга казались значительно больше, чем желудочки с правой стороны (Losonczy et al., 1986). Кроме того, у пациентов с расширенными желудочками мозга наблюдалось большее количество негативных симптомов, меньшее количество позитивных симптомов, меньшая социальная приспособленность до заболевания, более серьезные нарушения когнитивной сферы и меньшая реакция на традиционные антипсихотические препараты (Bornstein et al., 1992; Klausner et al., 1992).

<Психологические заметки. На ранней стадии беременности нейроны могут расти со скоростью 250 000 клеток в минуту (Swerdlow, 1995).>

Возможно, что на самом деле расширенные желудочки мозга свидетельствуют о том, что прилежащие части мозга не сформировались надлежащим образом или были повреждены. Быть может, это и является одной из причин возникновения шизофрении. Действительно, результаты некоторых исследований показывают, что лобные доли пациентов с этим заболеванием имеют меньшие размеры, чем у других людей (Gur & Pearlson, 1993). В коре их головного мозга меньше серого вещества (Barta et al., 1997) и, что может быть самым важным, снижено кровоснабжение мозга (Zemishlany et al., 1996).



Не совсем идентичные близнецы. Человек слева нормален, в то время как его однояйцевый близнец, справа, болен шизофренией. Томограмма, полученная с помощью ядерного магнитно-резонансного сканирования (на заднем плане), демонстрирует, что мозг больного шизофренией в целом меньше, чем мозг его брата, и имеет расширенные желудочки, показанные темным пространством в форме бабочки.

Крупным планом

«Я потеряла их, я хочу, чтобы они вернулись»

Ученый из штата Юта Скотт Кэррир вспоминает свою беседу с женщиной, страдающей шизофренией.

Я добрался до вопроса: «Бывало ли так, что Вы сильно о чем-то беспокоились?». Она ответила, да, она очень сильно беспокоилась, что старейшины церкви Мормонов заберут у нее дочь. Я спросил, почему, и она ответила: из-за того, что она прекратила принимать свои препараты. Она сказала, что принимала их по единственной причине: она рассказала своему епископу, что к ней приходил архангел Гавриил и она занималась с ним сексом. И что затем к ней приходил архангел Михаил и она занималась сексом с ними обоими одновременно, и что с тех пор они соблазняли ее практически каждую ночь. Так что епископ направил ее к доктору, а доктор дал ей таблетки, и она принимала таблетки, и архангелы перестали приходить. Епископ и старейшины сказали ей, что если она будет заниматься сексом с какими-нибудь ангелами, они заберут ее дочь. Я снова спросил ее, отчего она прекратила принимать

свои таблетки, и она сказала: «Я одинока, я потеряла их, я хочу, чтобы они вернулись» (Carrier, 1966).

<Вопросы для размышления. Почему некоторые пациенты могут приветствовать появление в своей жизни бреда или галлюцинаций? Как клиницисты могут справляться с сопротивлением лечению, встречающимся у многих больных шизофренией? Была ли эта женщина абсолютно свободна от симптомов шизофрении хотя бы в то время, когда принимала препараты?>

Вирусная инфекция

Что может являться причиной биохимических и структурных аномалий, обнаруженных во многих случаях шизофрении? Различные исследования связывали эти аномалии с генетическими факторами, плохим питанием, внутриутробным развитием, осложнениями при родах, иммунными реакциями и с токсинами (Brown et al., 1996; Susser et al., 1996). Все большее число ученых считают, что аномалии мозга могут быть следствием вирусного заражения во внутриутробный период развития. Они предполагают, что вирусы проникают в мозг эмбриона и остаются неактивными до наступления пубертата или начала взрослости. Затем они активируются изменением гормонального фона или другой вирусной инфекцией и вызывают симптомы шизофрении (Torrey et al., 1993; Torrey, 1991).

Косвенным доказательством вирусной теории является необычно большое количество людей с шизофренией, родившихся зимой (Tam & Sewell, 1995). Причиной может быть возрастание в это время года числа случаев внутриутробного и младенческого вирусного заражения (Sponheim et al., 1997; Torrey, 1991). Более прямое доказательство было получено из исследований, показавших, что матери больных шизофренией болели гриппом во время беременности чаще (особенно во второй триместр), чем матери других людей (Takei, Os & Murray, 1995; Torrey et al., 1994). И наконец, исследования обнаружили антитела к пестивирусам (вирусам чумки), особой группе вирусов, обычно поражающих животных, в крови 40% людей с шизофренией (Torrey et al., 1994; Yolken et al., 1993). Наличие таких антител позволяет предположить, что эти люди были заражены пестивирусами.

Открытия в биохимии, изучении мозговых структур и вирусная теория проливают свет на тайну шизофрении. Но в то же время важно заметить, что у многих людей, имеющих эти биологические проблемы, шизофрения не возникает. Отчего? Возможно, как мы заметили выше, потому что биологические факторы лишь готовят почву для шизофрении, в то время как для возникновения заболевания важно наличие ключевых психологических и социокультурных факторов (Wahlberg et al., 1997).

<Психологические заметки. Человеческий мозг при рождении составляет приблизительно одну четверть от своего окончательного размера; остальное тело составляет одну двенадцатую окончательного размера (Swerdlow, 1995).>

Психологический подход.

Когда исследователи шизофрении стали находить генетические и биологические факторы в 1950-х и 1960-х годах, многие клиницисты отказались от психологических объяснений этого заболевания. Тем не менее в последнее десятилетие психологические факторы снова стали считаться важными деталями в мозаике шизофрении. Основные психологические теории пришли из психодинамической, бихевиористской и когнитивной моделей.

Психодинамическая теория возникновения шизофрении

Фрейд (1924, 1915, 1914) считал, что развитие шизофрении включает два психологических процесса: (1) регрессия к стадии несформированного Эго и (2) попытки восстановить контроль эго. Фрейд предполагал, что когда жизнь слишком сурова или полна лишений — например, когда родители холодны или слишком заботятся о воспитании ребенка — люди, у которых развивается шизофрения, регрессируют к ранней стадии своего развития, к состоянию первичного нарциссизма, когда они заботятся лишь о своих нуждах. Практически полная регрессия ведет к эгоцентричным симптомам, каковыми являются неологизмы, речевая спутанность и бред величия. Регрессируя к такому инфантильному состоянию, как далее утверждал Фрейд, люди пытаются восстановить контроль и войти в контакт с реальностью. В связи с этими попытками возникают другие симптомы шизофрении. Слуховые галлюцинации, например, могут являться попыткой человека подменить утраченное чувство реальности.

Годы спустя знаменитый клиницист, придерживающийся психодинамической теории, Фрида Фромм-Рейчман (Fromm-Reichmann, 1948), развила представление Фрейда о том, что холодные или чрезмерно заботящиеся о воспитании родители могут привести

в движение шизофренический процесс. Она описывала матерей людей, страдающих шизофренией, как холодных, доминантных и незаинтересованных в потребностях ребенка. Согласно Фромм-Рейчман, эти матери говорят о своем самопожертвовании, но на самом деле используют детей для удовлетворения собственных нужд. Одновременно практикуя гиперопеку и отвергая ребенка, они дезориентируют его и тем самым готовят почву для шизофренического функционирования. Исследовательница назвала их шизофреногенными (вызывающими шизофрению) матерями.

Теория Фромм-Рейчман, как и теория Фрейда, не получила научных подтверждений. Оказалось, что матери большинства людей, страдающих шизофренией, не подходят под описание шизофреногенных. Действительно, большинство современных сторонников психодинамической теории отвергли взгляды Фрейда и Фромм-Рейчман. Хотя теоретики могут сохранять некоторые из ранних представлений (Spielrein, 1995), все большее их число считает, что биологические аномалии делают определенных людей особенно подверженными сильной регрессии и другим бессознательным действиям, которые могут вносить свой вклад в шизофрению (Mosak & Goldman, 1995).

Шизофреногенная мать — предположительно холодный, доминирующий и безучастный к потребностям других тип поведения. Раньше считалось, что такая мать может спровоцировать развитие шизофрении у своего ребенка.

<Вопросы для размышления. Психодинамические объяснения шизофрении отражают застарелую традицию клиницистов и общества в целом указывать на родителей как на причину возникновения психических расстройств, даже при недостатке доказательств. Почему люди охотно ссылаются на семью и родителей и почему эти объяснения являются столь стойкими?>

Бихевиористская теория возникновения шизофрении

Для объяснения шизофрении бихевиористы обычно ссылаются на обучение методом проб и ошибок и на принцип подкрепления (Lieberman, 1982; Ullmann & Krasner, 1975). Они предполагают, что большинство людей учатся в жизни со вниманием относиться к социальным сигналам — например, к улыбкам других людей, к их нахмуренности и к замечаниям. Когда люди отвечают на эти сигналы в социально приемлемой манере, они способны лучше удовлетворять свои эмоциональные потребности и достигать своих целей. Тем не менее некоторые люди не получают подкрепления своему вниманию к социальным сигналам, то ли по причине необычных обстоятельств, то ли из-за социальной неадекватности важных фигур в их жизни. В результате они прекращают обращать внимание на такие сигналы и вместо того концентрируются на нерелевантных сигналах — на яркости света в комнате, на птице над головой или на звучании слова, а не на его значении. По мере того как учащается обращение к нерелевантным сигналам, реакции становятся все более странными. Причудливые реакции привлекают внимание других или приносят другие виды подкрепления, таким образом увеличивая вероятность того, что человек будет снова и снова прибегать к ним.

<Артист балета Вацлав Нижинский. Знаменитый танцор, изображенный здесь в роли из балета «Шехерезада», был болен тяжелой формой шизофрении и провел последние годы своей жизни в психиатрической больнице.>

Доказательства позиции бихевиористов являлись лишь косвенными. Как мы увидим, исследователи обнаружили, что пациенты с шизофренией в состоянии хотя бы как-то научиться уместному вербальному и социальному поведению, если больничный персонал последовательно игнорирует их странные реакции и подкрепляет нормальные реакции сигаретами, едой, вниманием или другими стимулами (Belcher, 1988; Braginsky, Braginsky & Ring, 1969). Если странные вербальные и социальные реакции можно убрать, используя подкрепление, возможно, что они изначально появились путем неправильного научения. Конечно, эффективное лечение не обязательно указывает на причину заболевания.

Когнитивная теория возникновения шизофрении

Основная когнитивная теория возникновения шизофрении соглашается с биологической точкой зрения в том, что люди с шизофренией действительно испытывают странные ощущения — ощущения, вызываемые биологическими факторами. Однако, согласно когнитивной теории, дальнейшие особенности этого заболевания развиваются, когда люди пытаются понять свои необычные ощущения. Впервые столкнувшись с голосами, видениями или иными ощущениями, эти люди обращаются к друзьям и родственникам. Однако друзья, как правило, отрицают существование новых ощущений, и в конце концов страдающие шизофренией

приходят к заключению, что другие стараются скрыть правду. Они отвергают любую обратную связь и могут сформировать убеждения (бред), что их преследуют (Garety, 1991; Maher, 1974).

Исследователи установили, что люди с шизофренией на самом деле испытывают сенсорные проблемы и трудности с восприятием. Как мы говорили выше, многие люди с этим заболеванием страдают галлюцинациями, и у большинства имеются проблемы с концентрацией внимания (APA, 1994; Elkins & Cromwell, 1994). Однако исследователи еще должны предоставить ясные и прямые доказательства мнению когнитивистов, что неверная интерпретация этих сенсорных трудностей действительно порождает синдром шизофрении.

Социокультурный подход.

Социокультурологи считают, что люди с психическими расстройствами являются жертвами социального воздействия. В случае шизофрении это воздействие может выражаться в закреплении социального клейма и в нарушениях в семье.

Социокультурное объяснение формирования шизофрении имело большое влияние на психологическую общественность, но исследования не всегда подтверждали его. Хотя социальное воздействие и воздействие семьи считаются важными факторами в формировании этого заболевания, их особая роль еще не определена.

Патология и искусство

Ликантропия

Это когда меня укусила бешеная собака... Когда мне плохо, я чувствую, будто бы я превращаюсь в кого-то другого: мои пальцы цепенеют, словно булавки и иглы воткнуты мне в ладонь; я не могу больше контролировать себя... Я чувствую, что становлюсь волком. Я гляжу на себя в зеркало и вижу, как я меняюсь. Это больше не мое лицо, оно совершенно преображается. Я пристально всматриваюсь, мои зрачки расширяются, и я ощущаю, как на всем моем теле вырастают волосы, а зубы становятся длиннее... Я чувствую, словно моя кожа уже не принадлежит мне (Benezech, DeWitte & Bourgeois, 1989).

Ликантропия, бред превращения в животное, является редким психологическим синдромом. Слово «Ликантропия» произошло от греческих: «ликос» — волк, и «антропос» — человек. По всему миру существуют описания людей, перенявших особенности и манеру поведения волков или других животных. Вера в эти рассказы сохранялась веками. В Средние века ликантропию считали результатом одержимости демоном (Lehmann, 1985).

В некоторых обществах она возникала после применения специальных притираний, возможно, галлюциногенных средств, зачастую используемых в религиозных целях (Levi-Strauss, 1977). В других культурах случаи ее возникновения были тесно связаны с психическими расстройствами, включая шизофрению, расстройства настроения и определенные формы поражения головного мозга.

Упоминания о ликантропии продолжают поддерживать образ оборотня, вонзающего зубы в перепуганного сельского парня на туманных вересковых пустошах Шотландии. Легенда говорила о том, что этот оборотень был ранее укушен другим, и так далее по неразрывной цепочке. Сейчас существуют более логичные объяснения такому типу поведения. Одно объяснение состоит в том, что некоторые люди с ликантропией в действительности страдают врожденным генерализованным гипертрихозом, чрезвычайно редким заболеванием, для которого характерно обильное оволосение лица и верхней части туловища (Maugh, 1995). Другие могут страдать от порфирии, врожденной болезни крови, носители которой также имеют обильное оволосение на лице, а кроме того, очень чувствительны к солнечному свету. Еще одно современное объяснение связывает ликантропию с нарушением активности височных долей мозга, расположенных близко к областям мозга, которые могут отвечать за зрительные галлюцинации.

Вопреки таким многообещающим объяснениям, вера в оборотней и их неестественное происхождение, видимо, будет существовать во всем обозримом будущем. Рассказы об одержимости демонами попросту являются более экзотичными, чем рассказы о врожденных заболеваниях и аномальностях височных долей. Они более подходят для посиделок у костра, как содержание книги, поглощаемой долгой темной ночью, как сюжет фильма, на который идешь с другом. С такими хорошими друзьями не собираются расставаться ни издатели, ни продюсеры. Старые объяснения ликантропии могут отвергаться наукой, но прибыль, которую приносят они, отнюдь не является бредом.

<Плачущий волк?> В фильме «Американский оборотень в Лондоне» одержимый

человек в ужасе смотрит, как его рука превращается в волчью лапу.>

Закрепление социального клейма

Многие сторонники социокультурной теории считают, что сам диагноз оказывает влияние на особенности шизофрении (Modrow, 1992; Szasz, 1987, 1963). Они предполагают, что общество прикрепляет клеймо «шизофреник» людям, которые не могут следовать определенным нормам поведения. Раз уж это клеймо было приклеено, подтвержденное или нет, оно приобретает статус самореализующегося пророчества, ведущего к развитию многих симптомов шизофрении.

Мы уже разбирали очевидную опасность прикрепления диагностического клейма. В известном исследовании Rosenhan (1973), о котором говорилось в главе 2, восемь нормальных людей обратились в различные больницы для душевнобольных с жалобами на то, что они слышали голоса, произносящие слова «пустой», «полый», «тупой». Им быстро поставили диагноз «шизофрения» и все восемь человек были госпитализированы. Хотя у псевдопациентов вскоре исчезли все симптомы и они вели себя нормально, им с большим трудом удалось избавиться от клейма и выйти из больницы. Они рассказали также, что больничным персоналом обращался с ними и другими пациентами так, словно те были невидимками. «Медсестра расстегнула свою форму, чтобы поправить бюстгалтер, в присутствии целой палаты наблюдающих мужчин. Она даже не подумала о том, что соблазнительна. Более того, она не заметила нас». К тому же псевдопациенты описали свое ощущение бессилия, скуки, усталости и отсутствия интереса ко всему. Эксперимент показал, что клеймо «шизофреник» может отрицательно влиять не только на отношение других к «заклейменным» людям, но и на их собственное самочувствие и поведение.

<Вопросы для размышления. Исследование Розенхан с участием псевдопациентов является одним из наиболее дискуссионных в клинической области. Какие этические, юридические и терапевтические вопросы были затронуты этим исследованием?>

Нарушения в семье

Многие исследования позволяют предположить, что шизофрения, как и некоторые другие психические расстройства, зачастую связана со стрессом в семье (Miklowitz et al., 1995; Velligan et al., 1995). Родители людей с этим заболеванием зачастую (1) чаще ссорятся, (2) имеют большие трудности в общении друг с другом, и (3) относятся к своему ребенку более критично и сильнее опекают его, чем другие родители.

Неблагоприятный семейный климат такого рода может способствовать возникновению шизофрении. Более того, он может способствовать и дальнейшему развитию болезни, а также внести свой вклад в появление рецидивов у выздоравливающих. Специалисты по семейным проблемам давно обнаружили, что некоторым семьям свойственен высокий уровень высказываемых чувств — они часто высказывают критику, неодобрение и враждебность и вторгаются во внутренний мир друг друга. Люди, пытающиеся оправиться от болезни, проживая в такой семье, в четыре раза чаще испытывают рецидив, чем если бы они проживали в семье, где уровень высказываемых чувств ниже (Linszen et al., 1997; Brown et al., 1962).

Уровень высказываемых чувств — уровень критики, неодобрения, враждебности и назойливости, обнаруживаемый в семье.

Следует ли из этого, что стресс в семье способствует возникновению и удержанию шизофрении? Не обязательно. Это может быть тот случай, когда больные с шизофренией разрушают жизнь в своей семье. Поступая так, они сами способствуют возникновению семейных проблем, видимых клиницистам и исследователям (Woo, Goldstein & Neuchterlein, 1997; Rosenfarb et al, 1995).

<Нет, это не «Король». Исследования показывают, что каждый восьмой американец считает, будто Элвис Пресли все еще жив — убеждение, приведшее к многочисленным обнаружениям Элвиса в дешевых универмагах по всей стране и вдохновившее армию людей, выдающих себя за Элвиса. Однако клиницисты вскоре прекратили называть эти убеждения бредом, заметив, что приверженцы Элвиса не очень уверенно держатся за них. Большинству можно доказать, что Элвис на самом деле «покинул мир».>

Хотя социокультурные причины шизофрении, как и психологические причины, нуждаются в дальнейшем изучении, многие нынешние клиницисты считают, что эти факторы играют важную роль в формировании заболевания. Как мы заметили, большинство теоретиков придерживается для объяснения шизофрении модели предрасположенности к стрессу, считая, что генетические и биологические факторы дают предрасположенность к заболеванию, в то время как психологические и социокультурные факторы — толчок к его развитию. Возможно, что биологическая

предрасположенность приводит к шизофрении лишь в тех случаях, когда человек сталкивается с сильным душевным потрясением, с рядом неверных подкреплений, со стрессом в семье или с социальным стрессом. Более того, когда шизофрения уже возникла, влияние социального клейма или семейные проблемы могут способствовать ее дальнейшему развитию или удержанию симптомов.

Резюме

Для объяснения возникновения шизофрении предлагался ряд биологических, психологических и социокультурных теорий.

Биологический подход. Биологический подход указывает на генетические, биохимические, структурные и вирусные причины. Исследователи выявили большое число генных нарушений, которые могут предрасполагать людей к формированию шизофрении. Согласно биохимическим исследованиям, мозг людей с Типом I шизофрении может содержать необычно большое число допаминовых рецепторов, в частности рецепторов D-2, что приводит к чрезмерной активности допамина. Другие исследования нашли нарушения мозговых структур у людей с Типом II шизофрении, заключающиеся в расширении желудочков мозга и уменьшении кровоснабжения определенных областей мозга. Наконец, некоторые исследователи считают, что шизофрения связана с вирусом, который проникает в эмбрион и проявляет свою активность лишь в юности или в начале взрослого возраста.

Психологический подход. Основные психологические теории возникновения шизофрении были разработаны в русле психодинамической, бихевиористской и когнитивной моделей. Фрейд считал, что шизофрения влечет за собой регрессию к состоянию первичного нарциссизма, и Фромм-Рейчман предположила, что шизофреногенные матери способствуют образованию этого заболевания.

Бихевиористы думают, что люди с шизофренией не смогли научиться распознавать принятые социальные сигналы. Когнитивисты полагают, что пытаясь объяснить себе свои странные ощущения, имеющие биологическую основу, люди с шизофренией приходят к бредовому мышлению. Ни одна из этих теорий не получила серьезной научной поддержки.

Социокультурный подход. Сторонники одной социокультурной теории полагают, что общество ожидает от людей, «заклейменных» как имеющие шизофрению, определенного поведения и что эти ожидания ведут к дальнейшим симптомам. Другая социокультурная точка зрения указывает на нарушения в семье как на причину шизофрении. Исследования еще не выявили специфическую роль этих факторов. Теория предрасположенности к стрессу. Большинство современных клиницистов считают, что, вероятно, возникновение шизофрении зависит от сочетания биологических, психологических и социокультурных факторов, хотя биологические факторы были определены более точно.

Методы лечения шизофрении.

Как могут пациент и терапевт понимать друг друга, общаясь, в сущности, на разных языках? Многие годы попытки лечения шизофрении приносили лишь разочарование. Лара Джефферсон, молодая женщина с этим заболеванием, писала о своем опыте терапии в 1940-х годах:

Они зовут нас безумцами — а на самом деле они так же противоречивы, как и мы, так же непостоянны и изменчивы. В особенности этот. В один день он смеется и издевается надо мной безжалостно; на другой грустно говорит со мной, а в это утро его глаза заволокло дымкой слез, когда он говорил мне о судьбе, поджидающей нас. Да будь проклят он и вся его премудрость!

Он гудел мне в уши монотонным погребальным голосом: «Слишком сосредоточена на себе — слишком сосредоточена на себе — слишком сосредоточена на себе. Учись думать по-другому...» — И как я могу это сделать? Как — как — могу я это сделать? Черт побери, как я могу это сделать? Я пыталась следовать его указаниям, но не научилась думать иначе ни на йоту. Все усилия были потрачены зря. И как это со мной произошло? (Jefferson, 1948).

Большую часть истории человечества считалось, что таким пациентам с шизофренией, как эта женщина, помочь невозможно. Это заболевание и сейчас является чрезвычайно сложным для лечения, но клиницисты теперь достигают куда больших успехов, чем в прошлом (Lindstrum, 1996). По большей части такое положение вещей существует благодаря антипсихотическим препаратам,

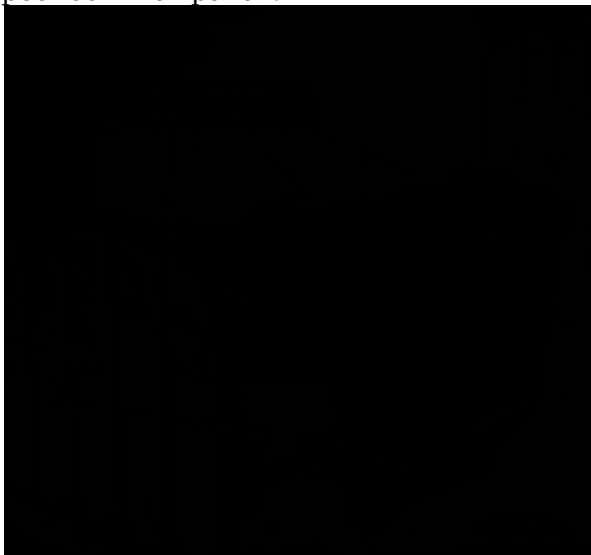
лекарственным средствам, которые помогают многим людям с шизофренией ясно мыслить и получать пользу от терапии, которая ранее была практически бесполезна для них (Lieberman et al., 1996). Обзор того, как прогрессировали с годами методы лечения, поможет нам понять природу, проблемы и перспективы современных подходов.

Лечение в условиях стационара в прошлом.

Более чем половину XX века людей с шизофренией помещали в лечебные учреждения, обычно муниципальные. Поскольку на пациентов с этим заболеванием не действовала традиционная терапия, цель подобных учреждений состояла в ограничении действий больных и предоставлении им еды, убежища и одежды. Пациенты редко видели врачей и, в общем, были заброшены. Со многими жестоко обращались. Как это ни странно, такое положение дел началось с добрых намерений. Первые действия по помещению больных в специальные лечебные клиники начались в 1793 году, когда французский врач Филипп Пинель (Philippe Pinel) «высвободил сумасшедших из цепей» в приюте для умалишенных Ла Бисетр (La Bicetre) и ввел практику «гуманного лечения» (см. главу 1). Впервые за столетия к пациентам с тяжелыми нарушениями стали относиться как к человеческим существам, о которых нужно заботиться с добротой и сочувствием. Когда идеи Пинеля распространились по Европе и Соединенным Штатам, они привели к возникновению многочисленных психиатрических больниц, где больше, чем в приютах, заботились о людях с тяжелыми психическими нарушениями (Goshen, 1967).

<«Это наш долг — избавить ни в чем не повинного душевнобольного от непрекращающегося помешательства, если это в наших силах. Предоставлять его самому себе — жестоко по отношению к нему». — Редакционная статья, «Психиатр и невропатолог», 1883 (из Geller, 1972)>

Эти новые психиатрические больницы были предназначены для защиты пациентов от напряжения повседневной жизни и обеспечивали им благотворную психологическую среду, в которой они могли тесно работать с терапевтами (Grob, 1966). Закон даже предписывал всем штатам основывать общественные психиатрические учреждения, государственные больницы для пациентов, которые не могли оплатить пребывание в частных клиниках. Но в итоге у системы государственных больниц возникли серьезные проблемы. В период между 1845 и 1955 годами в Соединенных Штатах открылось около 300 больниц. Число госпитализированных пациентов на каждый взятый день выросло с 2000 человек в 1845 году до приблизительно 600 000 в 1955 году. Из-за этого палаты переполнились, требования для приема продолжали повышаться, и государственное финансирование не могло обеспечить увеличивающуюся потребность во врачах.



Больничное устройство, ограничивающее движения. Когда государственные больницы по всем Соединенным Штатам переполнились, в них стали все чаще прибегать к механическим устройствам для контроля за пациентами. Например, в Байберрийской (Wybergh) государственной больнице в Филадельфии буйных пациентов часто привязывали к кроватям. Эта процедура использовалась вплоть до 1950-х годов. Приоритеты государственных психиатрических больниц и качество оказываемой ими помощи изменились за эти 110 лет. В связи с переполнением больниц и нехваткой

персонала акценты сместились с оказания гуманитарной помощи на поддержание порядка в больницах. Произошла регрессия к периоду приютов для умалишенных: буйных пациентов ограничивали в движениях и грубо с ними обращались исчезла забота о каждом в отдельности. Пациентов переводили в задние палаты или палаты для хронически больных, если в их состоянии некоторое время не наблюдалось улучшения (Bloom, 1984). Большая часть пациентов в этих палатах страдала от шизофрении (Hafner & an der Heiden, 1988). Задние палаты, в сущности, были складами людей, наполненными безнадежностью. Персонал больниц часто обращался с пациентами с помощью смиренных рубашек и наручников. Более «прогрессивные» формы лечения включали медицинские методы, например, лоботомию.

Усовершенствованное лечение в условиях стационара.

В 1950-х годах клиницисты разработали два институциональных подхода, которые наконец могли помочь пациентам, жившим в больницах годами: терапию средой, основанную на гуманистических принципах, и жетонную систему, основанную на принципах бихевиоризма. Данные методики, в частности, помогли возродить внимание к каждому пациенту и улучшить представления пациентов о себе — проблемные области, ухудшенные помещением в больницу. Эти подходы вскоре были приняты многими учреждениями и теперь являются стандартными для лечения в условиях стационара.

Терапия средой

Принцип, лежащий в основе терапии средой, состоит в том, что учреждения могут помочь пациентам достичь клинического прогресса путем создания социального климата или среды, которая помогает человеку обрести самоуважение, чувство личной ответственности и деятельность, имеющую значение. В такой среде пациентам часто предоставляется право вести свою собственную жизнь и принимать свои собственные решения. Они могут принять участие в управлении больницей и работать вместе с персоналом, устанавливая правила и принимая решения о наказаниях. Создается атмосфера взаимоуважения, поддержки и открытости. Пациенты могут также участвовать в особых проектах, занятиях и в активном отдыхе.

<Пренебрежение в больницах. Лечение в условиях стационара стало более гуманным в странах всего мира, хотя кое-где все еще существует ужас приютов и переполненных государственных психиатрических больниц. Это душераздирающее зрелище сфотографировано в психиатрической больнице на юге Филиппин.>

Терапия средой — гуманистический подход к лечению в условиях стационара, основанный на убеждении, что учреждения могут способствовать выздоровлению пациентов путем создания атмосферы, дающей самоуважение, чувство личной ответственности и имеющую смысл деятельность.

Короче говоря, их дневной распорядок был похож на жизнь за пределами больницы. Программы такого типа были введены в учреждениях всего Запада. Они имели некоторые различия, но, как минимум, персонал старался укреплять взаимоотношения (особенно отношения в группах) между пациентами и персоналом, поддерживать активность пациентов и их уверенность в возможности достижения своих целей.

Лонгитюдные исследования показали, что в больницах, где практикуется терапия средой, у пациентов с шизофренией часто наступает улучшение, и из больниц выходит больший процент таких людей, по сравнению с пациентами больниц, где в основном применяется ограничение свободы (Paul & Lentz, 1977; Cumming & Cumming, 1962). Однако многие из прошедших терапию средой не избавляются от своего дефекта и должны жить после выхода из больницы в спокойной обстановке. Несмотря на эти ограничения, терапия средой применяется во многих учреждениях, часто в сочетании с другими лечебными подходами (Dobson et al., 1995; Ciompi et al., 1992).

Жетонная система

В 1950-х годах бихевиористы открыли, что систематическое применение в больничных отделениях техник оперантного обусловливания может способствовать изменению поведения пациентов с шизофренией (Aylon, 1963; Aylon & Michael, 1959). Программы, в которых использовались подобные техники, были названы программами жетонной системы.

В жетонной системе пациенты получают подкрепление каждый раз, когда ведут себя приемлемым образом, и не получают подкрепления, когда их поведение неуместно. Непосредственной наградой за приемлемое поведение обычно являются жетоны, которые могут быть впоследствии обменены на еду, сигареты, больничные привилегии

и другие приятные вещи, таким образом создавая «жетонную систему». Приемлемое поведение, как обычно указывается, заключается в уходе за собой (в застилании постели, в одевании), в посещении трудовых программ, в нормальной речи, в следовании правилам, установленным в отделении, и в демонстрации самоконтроля. **Программа жетонной системы** — программа, разработанная бихевиористами, по которой желательное поведение пациента систематически подкрепляется в течение всего дня награждением жетонами, которые можно обменять на вещи или привилегии.

Исследователи нашли, что жетонная система способствует изменению шизофренического (или подобного ему) поведения (Emmelkamp, 1994; Belcher, 1988). В одной очень успешной программе Гордон Паул и Р. Л. Ленц (Paul & Lentz, 1977) установили в больнице такую жетонную систему для двадцати восьми пациентов, длительно страдавших шизофренией. Большинство пациентов, участвовавших в этой программе, достигли больших успехов. По окончании программы, спустя четыре с половиной года, 98% пациентов были выпущены, как правило, в приюты. Для сравнения, такого улучшения достигли 71% пациентов, участвовавших в терапии средой, и 45% пациентов, получавших лечение в условиях лишения свободы действий. Несмотря на эффективность жетонной системы, некоторые клиницисты высказали сомнения в ее этической и юридической сторонах. Для того чтобы жетонная система была эффективной, администраторы должны контролировать важные награды в жизни человека, возможно, включая самые основные, такие как еда и удобная постель. Но разве в жизни не существуют вещи, на которые имеют право все человеческие существа? Теперь решением суда установлено, что пациенты действительно имеют определенные основные права, которые клиницистам нельзя нарушать, вне зависимости от позитивных целей терапевтической программы. Они имеют право на еду, на место для хранения вещей и на мебель, равно как на свободу движений (Emmelkamp, 1994).

Кроме того, клиницисты еще и оспаривают качество улучшений, достигнутых с помощью программ жетонной системы. Действительно ли бихевиористы изменяют психотическое мышление и восприятие пациентов или же они просто улучшают способность пациентов имитировать нормальное поведение?

Этот вопрос был поднят в связи с клиническим случаем мужчины средних лет по имени Джон, бредовые идеи которого заключались в том, что он считал себя правительством Соединенных Штатов. Что бы он ни говорил, он говорил от имени правительства. «Мы рады видеть Вас... В нашей работе нужны такие люди, как Вы... Мы ведем нашу деятельность в теле Джона». Когда отделение больницы, где был Джон, перешло на жетонную систему, персонал указывал на его бредовые заявления и требовал, чтобы он правильно называл себя, если желает получать жетоны. Через несколько месяцев программы жетонной системы Джон перестал представляться правительством. Когда у него спрашивали его имя, он отвечал: «Джон». Хотя персонал больницы, как можно понять, радовали его успехи, у Джона существовало иное мнение на этот счет. В частной беседе он сказал:

Мы устали от этого. Каждый проклятый раз, когда мы желаем выкурить сигарету, нам приходится проходить через это дерьмо. «Как тебя зовут?.. Кто хочет сигарету?.. Где находится правительство?» Сегодня нам ужасно хотелось курить, и мы отправились к Симпсон, этой проклятой медсестре, и нам пришлось ее слушаться. «Скажи мне свое имя, если ты хочешь сигарету Как тебя зовут?» Конечно, мы сказали: «Джон». Нам нужны были сигареты. Если бы мы сказали правду — никаких сигарет. Но у нас нет времени на эту чепуху. Нам нужно заниматься делами, международными делами, менять законы, набирать персонал. А эти люди играют в свои игры (Cotter, 1973).

Критики бихевиористского подхода доказывали, что Джон не расстается с бредом, следовательно, остается в таком же психотическом состоянии, как и раньше. Тем не менее бихевиористы утверждали, что суждения Джона об изменениях в его поведении впоследствии улучшились.

Программы жетонной системы теперь не так распространены, как ранее (Glynn, 1990), но они все еще используются во многих психиатрических больницах, обычно в сочетании с медикаментами (Emmelkamp, 1994). Жетонная система также применялась при других клинических проблемах, включая задержку умственного развития, делинквенцию и гиперактивность, равно как и в других областях, например, в образовании и в коммерческой деятельности.

Крупным планом

Лоботомия: как это могло произойти?

В 1949 году статья в New York Times объявила о появлении медицинской процедуры, которая представлялась обещающей надежду больным тяжелыми психическими расстройствами, людям, для которых никакое будущее не казалось возможным за пределами переполненных государственных психиатрических учреждений: «Ипохондрики не думают больше, что скоро умрут, люди с суицидальными наклонностями нашли жизнь приемлемой, страдающие манией преследования забыли об интригах воображаемых заговорщиков. *Префронтальная лоботомия*, как называется эта операция, стала возможной благодаря локализации страхов, ненависти и инстинктов (в префронтальной коре мозга). Из этого следует, что Нобелевская премия в области медицины должна быть разделена Гессом и Моницем. Для хирургов теперь операция на мозге не сложнее удаления аппендикса». Сейчас мы знаем, что лоботомию нельзя назвать чудесным средством. Будучи далекой от «исцеления» людей, эта операция приводила в состояние изоляции, оглушенности и даже ступора тысячи и тысячи людей. Первая лоботомия была произведена португальским нейропсихиатром Игесом Моницем в 1935 году. Его специфическая операция, называемая префронтальной лоботомией, состояла в просверливании двух отверстий по сторонам черепа и во внедрении инструмента, имеющего сходство с пешней, в ткань мозга с целью перерезать или повредить нервные волокна. Мониц считал, что тяжелое нарушение мышления можно исправить, перерезав нервные пути, по которым неверные мысли передаются из одной части мозга в другую. В 1940-х годах Вальтер Фриман и его коллега Джеймс Уоттс разработали второй способ операции на головном мозге для лечения душевнобольных, названный *трансорбитальной лоботомией*, при которой хирург вводил в мозг пациента иглу через глазницу и вращал ею, чтобы разрушить ткань мозга. Почему медицинское общество с таким энтузиазмом восприняло лоботомию в 1940-х и 1950-х годах? Основной причиной этого невролог Элиот Валенштейн (Valenstein, 1986) считает чрезвычайную переполненность психиатрических больниц в то время. Из-за такой переполненности было сложно добиться в больницах соответствия надлежащим стандартам. Важным фактором Валенштейн также считает личность изобретателей. Валенштейн предполагает, что, будучи одаренными и преданными своему делу врачами, они были также охвачены желанием добиться высокого профессионального статуса. Подгоняемые этим желанием, они слишком смело и слишком быстро вводили в применение свои процедуры.

Престиж и дипломатическое умение Моница и Фримана были так велики, а область неврологии настолько недостаточно развита, что их процедуры не получили практически никакой критики. Врачи могли быть также введены в заблуждение кажущимися положительными результатами первых изучений лоботомии, которые, как впоследствии оказалось, были проведены без твердого следования методологии (Swayze, 1995; Valenstein, 1986).

В 1950-х годах более тщательно проведенные исследования выявили, что кроме летального исхода, наблюдавшегося у 1,5-6% оперируемых, лоботомия вызывает такие плачевные последствия, как припадки, большое прибавление в весе, потерю моторной координации, частичный паралич, недержание мочи, и др. Процедуру можно использовать для контроля лиц, совершивших насильственные преступления. Таким образом, лоботомия стала еще и вопросом гражданского права. Наконец, открытие антипсихотических препаратов положило конец этому негуманному методу лечения психических заболеваний.

<Показательная операция на головном мозге. Нейропсихиатр Вальтер Фриман в 1949 году демонстрирует группе заинтересованных наблюдателей лоботомию посредством внедрения иглы через глазницу пациента в его мозг.>

Современные нейрохирургические операции стали намного тоньше, и вряд ли их можно сравнивать с лоботомиями пятидесятилетней давности. Тем не менее любого рода операции на головном мозге для лечения душевнобольных сейчас очень редки. Фактически, они считаются экспериментальными и применяются лишь в качестве последнего средства в наиболее тяжелых случаях обсессивно-компульсивного расстройства и депрессии (Goodman et al., 1992; Greist, 1992). Многие специалисты убеждены, что хирургия любого рода, разрушающая участок мозга, является неэтичной и что подобные процедуры — одни из наиболее постыдных в клинической области из неблагоприятных попыток лечения.

Антипсихотические препараты.

Терапия средой и программы жетонной системы способствовали изменению мрачных перспектив, открывавшихся людям, страдающим шизофренией, но именно открытие

антипсихотических препаратов в 1950-х годах совершило революцию в терапии этого заболевания. Эти препараты снимают многие из его симптомов и сегодня практически всегда являются частью лечения.

Как мы говорили ранее, открытие антипсихотических медикаментов на самом деле произошло в 1940-х годах, когда исследователи разработали первые антигистаминные средства для лечения аллергии.

<Психологические заметки. Согласно недавним исследованиям, проведенным в Австралии, клиницисты считают, что антипсихотические препараты и госпитализация являются очень полезными в случаях шизофрении. Подавляющая часть населения, напротив, считает, что витамины, галеновые средства (приготовленные на основе трав) и библиотерапия приносят больше пользы (Jorm et al., 1997).>

Таблица 12.2. Антипсихотические средства

Непатентованное название	Торговое название
Хлорпромазин	Thorazine
Рisperидон	Risperdal
Трифлюпромазин	Vesprin
Тиоридазин	Mellaril
Месоридазин бесилат	Serentil
Пиперацетазин	Quide
Трифлюперазин	Stelazine
Флюфеназин гидрохлорид	Prolixin, Permitil
Перфеназин	Trilafon
Ацетофеназин малеат	Tindal
Хлорпротиксен	Taractan
Тиотиксен	Navane
Галоперидол	Haldol
Локсапин	Loxitane
Молиндон гидрохлорид	Moban, Lidone
Пимозид	Orap
Клозапин	Clozaril

(Hedaya, 1996, p. 249.)

Французский хирург Анри Лабори (Laborit) вскоре обнаружил, что одну из групп антигистаминных препаратов, фенотиазины, можно использовать для расслабления пациентов, которым назначена операция. Лабори предположил, что эти препараты могут также оказывать успокаивающее действие на людей с тяжелыми психологическими нарушениями. В итоге один из фенотиазинов, хлорпромазин, был опробован на шести пациентах с психотическими симптомами, и обнаружилось, что он резко снижает их симптомы (Delay & Deniker, 1952). В 1954 году, после серии лабораторных и клинических тестов, его пустили в продажу в Соединенных Штатах под торговой маркой Thorazine.

Со времени открытия фенотиазинов были также разработаны другие виды антипсихотических препаратов (табл. 12.2). Все эти средства известны как нейролептические препараты, поскольку они часто вызывают побочные эффекты, сходные с симптомами неврологических расстройств. Как мы говорили выше, эти средства снижают симптомы шизофрении путем уменьшения чрезмерной активности медиатора допамина, особенно в рецепторах D-2 головного мозга (Holcomb et al., 1996).

Нейролептические препараты — термин, используемый для традиционных антипсихотических препаратов, поскольку они часто вызывают побочные эффекты, похожие на симптомы неврологических расстройств.

Эффективность антипсихотических препаратов

Результаты исследований непрерывно демонстрируют, что антипсихотические препараты снижают симптомы шизофрении у большинства пациентов (Lieberman et al., 1996; Strange, 1992). К тому же оказалось, что эти средства являются наиболее эффективными, если непосредственно сравнивать их с другими методами лечения, такими как психодинамическая терапия, терапия средой и электрошоковая терапия (May, Tuma & Dixon, 1981; May & Tuma, 1964). В то же время симптомы могут возвратиться, если пациенты слишком быстро прекращают прием лекарств (Davis et

al., 1993).

Хотя антипсихотические препараты сейчас широко применяются, пациенты часто испытывают неприязнь к их сильному действию, и некоторые отказываются принимать такие лекарства. Однако многим они очень помогают, как помогли Эдварду Сноу (Edward Snow), писателю, преодолевшему шизофрению.

В моем случае было необходимо принять специальную медикаментозную программу. Я узаконенный наркоман. Моя доза: 100 миллиграммов торазина и 60 миллиграммов стелазина ежедневно. Я не чувствую их наркотического эффекта, но мне говорили, что они достаточно сильны для того, чтобы свалить нормального человека. Они хранят меня — как соглашаются доктора — в здравом уме и в хорошем расположении духа. Без конфетки для мозга, как я это называю, я отправлюсь — вж-жик — прямиком обратно в мусорную корзину. Я уже хорошо знаком с жизнью в больнице, чтобы представлять себе, что это такое, и чтобы знать, что не хочу туда вернуться (Snow, 1976).

Побочные эффекты антипсихотических препаратов

Кроме снижения симптомов шизофрении, антипсихотические препараты иногда вызывают нарушения двигательной сферы (Gerlach & Peacock, 1995) (рис. 12.3). Эти побочные действия называются экстрапирамидными эффектами, потому что, видимо, причиной их является влияние препаратов на экстрапирамидные области мозга, которые отвечают за двигательную деятельность.

Экстрапирамидные эффекты — нежелательные движения, такие как сильная дрожь, странные подергивания лица и туловища и чрезмерное беспокойство, иногда вызываемые антипсихотическими препаратами.

Наиболее частыми экстрапирамидными эффектами являются симптомы паркинсонизма, которые очень похожи на черты такого неврологического заболевания, как болезнь Паркинсона. У пациентов может проявиться сильный мышечный тремор и брадикинезия; они могут трястись, очень медленно двигаться, шаркать ногами, лица их могут быть малоэмоциональными. У некоторых также наблюдаются странные движения лица, шеи, языка и спины, многим свойственны беспокойность и неприятные ощущения в руках и ногах. В большинстве случаев эти симптомы можно убрать, если принимать вместе с антипсихотическими препаратами средства против болезни Паркинсона (Hansen, Casey & Hoffman, 1997; Silver et al., 1995).

В небольшом проценте случаев антипсихотические препараты вызывают злокачественный нейрорептический синдром, тяжелую, могущую привести к смерти реакцию, при которой наблюдается оцепенение, жар и нарушение функционирования вегетативной нервной системы (Leipsic, Abraham & Halperin, 1995; Hermesh et al., 1992). Клиницисты, сталкиваясь с этим синдромом, сразу отменяют антипсихотические препараты и пытаются убирать каждый из симптомов по отдельности (Velamoor et al., 1994; Levenson, 1985).

Хотя большая часть побочных эффектов проявляется в течение нескольких дней или недель, реакция, называемая тардивной дискинезией (что значит «поздно проявляющееся двигательное расстройство»), обычно развивается лишь после приема антипсихотических препаратов более года. Этот синдром может заключаться в произвольных судорожных или тикоподобных движениях языка, рта, лица или всего туловища; произвольных жевательных, сосущих движениях, чмоканье губами; в резких движениях рук, ног или туловища.

В большинстве случаев дискинезия является слабой и проявляется одним симптомом, например, пощелкиванием языком. Однако бывают и тяжелые случаи с такими особенностями, как нерегулярное дыхание и скручивание лица и тела в гротеске. Считается, что у более 20% людей, длительное время принимающих нейрорептики, развивается тардивная дискинезия той или иной степени, и чем дольше принимаются препараты, тем больше становится риск (Chakos et al., 1996; APA, 1994). По-видимому, наибольшему риску подвергаются пациенты старше 45 лет (Jeste et al., 1996). От тардивной дискинезии сложно, подчас невозможно излечиться. Чем дольше пациенты употребляют препараты, тем меньше вероятность исчезновения дискинезии, даже после прекращения приема лекарств.

Тардивная дискинезия — состояние, характеризующееся экстрапирамидными эффектами (симптомами), появляющимися у некоторых пациентов после того, как они длительное время принимали традиционные антипсихотические препараты.

Обнаружив побочные эффекты антипсихотических препаратов, клиницисты стали более благоразумно и осторожно относиться к их выписыванию.

<Вопросы для размышления. В первые годы применения антипсихотических препаратов клиницисты часто увеличивали дозировку для госпитализованных пациентов, у которых не обнаруживалось реакции на эти препараты, пока многие из таких пациентов не превращались в подобие «ходячих зомби». Почему клиницисты продолжали эту медикаментозную стратегию даже в тех случаях, когда лекарство не способствовало уменьшению симптомов? Могли ли в больницах существовать не слишком достойные причины для подобной практики прописывания лекарств?> Ранее, когда при приеме нейролептических средств в состоянии пациента не наблюдалось улучшения, клиницисты увеличивали дозировку (Kane, 1992); теперь же в таких случаях они обычно отменяют назначенные препараты (Coryell et al., 1998). К тому же нынешние клиницисты стараются назначать каждому пациенту минимальную эффективную дозу антипсихотических препаратов и постепенно снижать ее или прекращать медикаментозное лечение через несколько недель или месяцев после того, как пациент возвратится к нормальному функционированию (Gilbert et al., 1995). Однако многие пациенты не могут вести нормальную деятельность без медикаментов (Lerner et al., 1995) и довольно скоро им приходится снова начинать принимать препараты, а некоторым из них — даже в большей дозировке, чем рекомендуется (Remington et al., 1993).

Новые антипсихотические препараты

В последние годы были разработаны некоторые новые антипсихотические препараты (Bondolfi et al., 1998; Ereshefsky, 1995). Наиболее эффективными и распространенными из этих новых препаратов являются клозапин (торговое название Clozaril) и рисперидон (торговое название Risperdal). Как было замечено выше, эти препараты называются атипичными из-за отличия их биологического воздействия от воздействия традиционных антипсихотических средств. На самом деле они оказались более эффективными, чем традиционные препараты, помогая 85% больных шизофренией, в то время как большинство традиционных средств помогают лишь 65% (Lieberman., 1998). Особенно многообещающим кажется то, что атипичные препараты способствуют улучшению состояния пациентов, у которых наблюдаются в основном негативные симптомы (свойственные Типу II шизофрении) — людей, на которых традиционные препараты не оказывают положительного влияния (Lieberman et al., 1996).

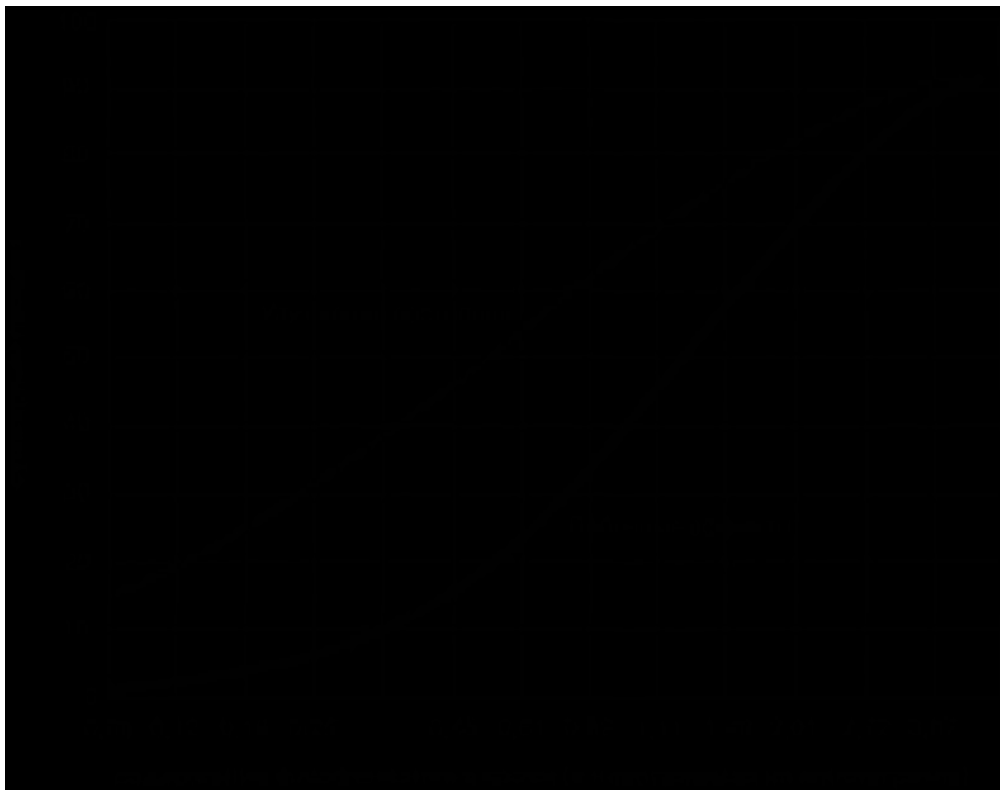


Рисунок 12.3. Оправданность риска. Реакции пациентов с шизофренией на традиционный антипсихотический препарат флюфеназин (Prolixin) демонстрируют тесную связь между дозировкой препарата, улучшением состояния пациента и серьезными побочными эффектами применения лекарства. При увеличении содержания препарата в крови состояние пациентов улучшается, но нарастают

нежелательные последствия. При высоком содержании препарата в крови оправданность риска становится спорной.

Клозапин — часто назначаемый атипичный антипсихотический препарат.

Рisperидон — другой часто назначаемый атипичный антипсихотический препарат.

Другим важным преимуществом атипичных антипсихотических средств является то, что они лишь в редких случаях являются причиной появления экстрапирамидных симптомов и, видимо, не вызывают tardive dyskinesia (Casey, 1998; Borison, 1995). Фактически, tardive dyskinesia и другие экстрапирамидные симптомы часто уменьшаются, когда пациенты с шизофренией переходят с традиционных на атипичные препараты (Gerlach et al., 1996).

Но и у новых препаратов есть свои недостатки. Например, приблизительно у каждого сотого из принимающих клозапин развивается агранулоцитоз, опасное для жизни падение уровня лейкоцитов в крови (Alvir, Lieberman & Safferman, 1995). Пациенты, употребляющие этот препарат, должны часто делать анализ крови, чтобы как можно раньше распознать это побочное действие и отменить препарат (Honigfeld et al., 1998).

Сцены из современной жизни

Только потому, что ты параноик...

Атипичный антипсихотический препарат клозапин (торговое название Clozaril) имел огромный потенциал как эффективное средство для лечения шизофрении, но его появление в Соединенных Штатах принесло разочарование и душевную боль сотням тысяч предполагаемых потребителей.

Проблема началась с открытия того, что у небольшого процента людей, принимающих этот препарат, развивается агранулоцитоз, опасное для жизни уменьшение содержания лейкоцитов в крови. Управление по делам продовольствия и лекарственных средств Соединенных Штатов (FDA) вследствие этого выпустило клозапин в продажу с требованием того, чтобы пациенты, принимающие его, еженедельно делали анализ крови на признаки агранулоцитоза.

К несчастью, изготовитель медикаментов выдвинул условие, что все потребители клозапина в Соединенных Штатах должны приобретать целый лечебный пакет, состоящий из препарата и еженедельного анализа крови, проводимого дочерними компаниями изготовителя. Большинство пациентов в Соединенных Штатах не могли позволить себе установленную компанией стоимость этого пакета — огромную сумму 9000 долларов в год. Более того, их страховые компании отказались оплачивать ее. Пациенты оказались зажаты между большим бизнесом и индустрией здравоохранения.

Последовал шквал судебных процессов, а также федеральных расследований и слушаний. Через несколько лет изготовитель препарата согласился продавать клозапин отдельно, тем самым позволив пациентам проходить анализ крови в других компаниях, за более низкую плату. Он также согласился возместить потребителям клозапина сумму в 10 миллионов долларов и еще 11 миллионов — медицинским учреждениям и пациентам, которые не могли сами оплачивать лечение. Тем не менее, к сожалению, многие пациенты уже потеряли драгоценное время.

<Вопросы для размышления. Почему люди, страдающие шизофренией, становились жертвами плохого обращения (лоботомия, отказ в госпитализации и т. п.) гораздо чаще, чем люди с другими заболеваниями? Могут ли компании частного сектора настолько контролировать стоимость и распространение препарата, являющегося переломным достижением, которое может улучшить миллионы жизней? Клозапин был доступен в Европе в течение пятнадцати лет до его одобрения в Соединенных Штатах. Возможно ли то, что FDA было слишком осторожно в утверждении новых препаратов?>

Психотерапия.

До появления антипсихотических средств психотерапия была практически бесполезна для людей с шизофренией. Большинство их попросту были слишком далеки от реальности, чтобы получать от нее пользу. Однако сейчас психотерапия приносит улучшение во многих случаях шизофрении (Hogarty et al., 1997). Уменьшая нарушения мышления и восприятия, антипсихотические препараты позволяют клиентам, страдающим шизофренией, разобраться в своем заболевании, активно участвовать в терапии, создавать более ясную я-концепцию и картину своих взаимоотношений с окружающими, а также изменить свое поведение (Atkinson et al.). Наиболее полезными формами психотерапии являются терапия, направленная на получение инсайта, и два более широких социокультурных метода терапии — семейная терапия и социотерапия. Часто эти подходы используются в сочетании и

приспосабливаются к индивидуальным потребностям пациентов (Jeffries, 1995; Prendergast, 1995).

<«Я чувствую себя обманутым, имея это заболевание». — Человек с шизофренией, 1996>

Терапия, направленная на получение инсайта

Сейчас в случаях шизофрении используются разные варианты терапии, направленной на получение инсайта (Scott & Wright, 1997; Chadwick & Trower, 1996). Результаты исследований позволяют предположить, что психодинамические и другие, ориентированные на получение инсайта, терапевты, лучше осведомленные о шизофрении, достигают больших успехов, зачастую вне зависимости от особенностей своего подхода (Karon & VandenBos, 1996). Согласно одному исследованию, терапевты, чья работа сравнительно успешна, стремятся играть более активную роль, чем те, которые достигают меньших успехов, в установлении пределов, выражении мнения, побуждении пациентов к высказываниям, в руководстве и в стремлении завоевать доверие пациента (Whitehorn & Betz, 1975).

Семейная терапия

От 25 до 40% людей, лечащихся от шизофрении, живут со своими родителями, сестрами и братьями, супругами или детьми (Torrey, Wolfe & Flynn, 1988). Такие ситуации создают особые затруднения. Со своей стороны, выздоравливающие пациенты могут оказаться под сильным воздействием поведения и реакций членов их семей, даже если стресс в семье не был причиной развертывания заболевания. Как мы говорили выше, люди, живущие с родственниками, демонстрирующими высокий уровень высказываемых чувств — высокий уровень критики, назойливости и враждебности, — чаще переживают рецидивы, нежели люди, живущие с оказывающими поддержку родственниками, хорошо относящимися к ним (Penn & Mueser, 1996; Vaughan et al., 1992).

В то же время поведение человека, страдающего шизофренией, может оказывать сильное влияние на членов его семьи.

Одна группа исследователей обнаружила, что душевное равновесие членов семьи сильно нарушается социальной изоляцией и странным поведением их больного родственника (Greer & Wing, 1974). Один из членов семьи жаловался: «Вечером идешь в гостиную, и там темно. Ты включаешь свет и видишь, что там сидит он, уставившись в пространство перед собой».

Сейчас для решения этой проблемы клиницисты в лечение шизофрении обычно включают семейную терапию. Семейная терапия предоставляет всем руководство, тренинг, практический совет, психологические сведения о заболевании и эмоциональную поддержку и эмпатию (Baucum et al., 1998; Solomon et al., 1996). Она помогает членам семьи стать более реалистичными в своих ожиданиях, более терпимыми, избавиться от комплекса вины и обрести большую готовность пробовать новые формы общения. Семейные терапевты также стараются помочь человеку, страдающему шизофренией, справляться с трудностями семейной жизни, принимать поддержку от членов семьи и избегать тяжелых взаимоотношений. Исследователи обнаружили, что семейная терапия помогает ослабить напряжение в семье, что ведет к снижению количества рецидивов, особенно когда она сочетается с медикаментозным лечением (Baucum et al., 1998; Dixon & Lehman, 1995).

Члены семей людей с шизофренией также могут нуждаться во внешней социальной поддержке, чтобы быть более полезными своим больным родственникам. Для них были созданы семейные группы поддержки и семейные программы психологического образования (Buchkremer et al., 1995; Hyde & Goldman, 1992). В таких программах члены семьи больного встречаются с другими, находящимися в таком же положении, делятся своими мыслями и чувствами, получают поддержку и знания о шизофрении. Хотя исследования еще не определили полезность таких групп, этот подход становится довольно распространенным.

Социотерапия

Некоторые клиницисты, которые лечат людей с шизофренией, стремятся работать надо всеми аспектами их жизни. Они предлагают практические советы и пытаются улучшить решение проблем человеком, его принятие решений и социальные навыки (Penn & Mueser, 1996). Они удостоверяются в том что их пациенты правильно принимают лекарства. Кроме того, они могут помочь пациентам найти работу, финансовую поддержку и приличные жилищные условия. Исследования показывают, что этот подход, называемый социотерапией, или личной терапией, действительно помогает людям оставаться вне больницы (Hogarty et al., 1997, 1986, 1974).

Общественный подход.

Наиболее широким подходом к шизофрении является общественный подход. Отчасти в ответ на ужасные условия в государственных психиатрических больницах в период 1950-х годов правительство Соединенных Штатов распорядилось, чтобы пациентов выпускали из больниц, и те получали лечение в обществе. В 1963 году Конгресс выпустил законопроект, названный «Акт о психическом здоровье в обществе», который предусматривал, чтобы пациентам с психологическими расстройствами был доступен ряд служб психического здоровья — амбулаторное лечение, стационарное лечение, скорая помощь, профилактика и восстановительная терапия — в своем обществе, а не вдали от дома. Этот акт был нацелен на множество психологических расстройств, по особо предназначался пациентам с шизофренией, особенно для тех, кто находился в больницах годами. Другие страны по всему миру вскоре после этого также приняли подобные программы социокультурной терапии (Hafner & van der Heiden, 1988).

Таким образом, начались три десятилетия деинституционализации, во время которой сотни тысяч пациентов с шизофренией и другими длительными психическими расстройствами выходили из государственных учреждений в общество. В 1955 году в государственных больницах проживали около 600 000 пациентов; теперь же в психиатрических учреждениях пребывает лишь около 80 000 пациентов (Torrey, 1997; Witkin et al., 1996).

Деинституализация — освобождение большого числа пациентов от длительного лечения в стационарах для прохождения терапии в рамках общественных программ. Клиницисты узнали, что пациенты, выздоравливающие после шизофрении, могут получать большую пользу от общественных программ. Однако, как мы увидим, качество общественной помощи этим пациентам было недостаточным. Результатом явился синдром «вращающейся двери»: многие пациенты раз за разом возвращались в общество, через несколько месяцев снова попадали в больницу и опять выходили лишь для того, чтобы снова попасть в лечебное учреждение (Geller, 1992).

<Дикий человек с 96-й улицы>. Ларри Хог (Larry Hogue), известный психически больной алкоголик, получил свое прозвище благодаря средствам массовой информации в начале 1990-х годов. В цикле, повторявшемся много раз, состояние Хога улучшалось при госпитализации и применении медикаментов от шизофрении, после выписки он обращался к алкоголю и наркотикам, странности в его поведении нарастали, он все больше беспокоил своих нью-йоркских соседей, и снова попадал в больницу.>

Эффективная общественная помощь

Люди, выздоравливающие после шизофрении, нуждаются в лекарствах, психотерапии, помощи в столкновениях с повседневными трудностями и ответственностью, в руководстве в принятии решений, тренинге социальных навыков, в наблюдении по месту жительства и в консультациях по трудоустройству. Те, кому общество помогало удовлетворять эти нужды, достигали большего прогресса, нежели люди в других обществах (Scott & Dixon, 1995; Hogarty, 1993). Некоторыми из ключевых особенностей эффективной общественной помощи являются (1) согласование служб, оказывающих помощь пациентам, (2) кратковременная госпитализация, (3) частичная госпитализация, (4) промежуточные дома и (5) профессиональный тренинг.

Согласованные службы. Когда был принят «Акт о психическом здоровье в обществе», предполагалось, что государственное попечение будет концентрироваться вокруг общественного центра психического здоровья; лечебного учреждения, которое будет обеспечивать медикаментами, психотерапией и стационарным лечением людей с тяжелыми нарушениями, а также координировать услуги, предлагаемые другими общественными органами. Когда общественные центры психического здоровья действительно предоставляли все эти услуги, у пациентов с шизофренией часто наблюдалось значительное улучшение (Scott & Dixon, 1995). Координация служб особенно важна для так называемых психически больных алкоголиков (наркоманов) (MICAs — mentally ill chemical abusers), пациентов с шизофренией и алкоголизмом (наркоманией). Установлено, что по крайней мере половина людей с шизофренией на каком-то этапе своего заболевания также употребляют алкоголь или наркотики (Buckley, 1998).

Общественный центр психического здоровья — общественное лечебное учреждение, которое обеспечивает пациентов медикаментами, психотерапией и стационарным лечением, а также координирует их терапию в обществе.

Психически больные алкоголики (наркоманы) (MICAs) — люди, страдающие

одновременно шизофренией (или другим тяжелым психологическим расстройством) и алкоголизмом (наркоманией).

Кратковременная госпитализация. Сейчас, когда у людей возникают симптомы шизофрении, клиницисты стремятся лечить их амбулаторно, обычно используя антипсихотические средства и психотерапию (Marder, 1996). Если это не помогает, возможна кратковременная госпитализация, которая длится несколько недель (а не месяцы и не годы) (Davis et al., 1988). Вскоре после того как состояние пациентов улучшается, их выписывают на восстановительную терапию, лечение и уход в обществе (Sederer, 1992).

Восстановительная терапия — программа помощи и терапии после выписки из стационара.

Частичная госпитализация. Для некоторых людей требуется что-то среднее между полной госпитализацией и амбулаторным лечением, и для них в некоторых обществах существуют дневные центры или дневные стационары, в которых пациенты на ночь уходят домой (Clay, 1996; Goldberg, 1995). Эти центры предоставляют пациентам занятия на день, терапию и программы по улучшению социальных навыков. В дневных центрах люди после шизофрении часто выздоравливают быстрее, нежели те, кто проходит полную госпитализацию или традиционное амбулаторное лечение (Takano et al., 1995).

Дневной центр — программа, предлагающая лечение, подобное такому же в больнице, но только в дневное время. Также называется дневной стационар.

Промежуточные дома. Промежуточные дома — это дома для людей, которым не требуется госпитализация, но которые не могут жить ни одни, ни в семье. Такие, обычно большие, дома, расположенные там, где жилье стоит недорого, дают приют одной-двум дюжинам человек. Проживающий там же персонал, как правило, полупрофессионалы — не имеющие специального образования люди, проходящие тренинг психического здоровья и постоянную супервизию от специалистов по психическому здоровью из внешнего мира. Эти дома обычно придерживаются философии терапии средой, которая делает акцент на взаимной поддержке, личной ответственности и самоуправлении.

Промежуточный дом — дом для людей с шизофренией или другими тяжелыми нарушениями, которые еще не могут жить одни или в семье; персоналом часто являются полупрофессионалы.

Полупрофессионал — человек, не проходивший профессиональное обучение, который работает под супервизией специалиста по психическому здоровью.

Исследования показывают, что промежуточные дома помогают многим людям справиться с шизофренией, приспособиться к общественной жизни и избежать повторной госпитализации (Simpson, Hyde & Faragher, 1989; Caton, 1982). Вот как одна женщина описывает жизнь в промежуточном доме после десяти госпитализаций за двенадцать лет.

Промежуточный дом изменил мою жизнь. Прежде всего, я обнаружила, что некоторые из служащих персонала были когда-то клиентами этой программы! Один лишь этот факт дал мне надежду.

Впервые я увидела доказательство того, что программа может кому-то помочь, что возможно снова обрести власть над своей жизнью и стать независимой. В доме царила демократия; у всех живущих в нем было равное право голоса, и персонал, числом от 5 до 22 человек, не мог устанавливать правила и даже выводить клиента из программы без желания большинства.

Существовал свой билль о правах, который все строго соблюдал и. Мы помогали друг другу и оказывали поддержку. Когда кто-то из нас находился в кризисе, персонал не избавлялся от него и не увеличивал дозировку медикаментов, чтобы утихомирить его. Он мог кричать, его успокаивали и держали, пока не находилось решение или пока он не понимал, что нет ничего дурного в том, что чувствуешь себя плохо... Выбор был настоящим, равно принимались и неудачи, и успех (Lovejoy, 1982, p. 605-609).

Профессиональный тренинг. Постоянная работа дает людям возможность помогать себе, чувствовать себя независимыми, уважать себя и учиться работать с другими. Она также обеспечивает дружеское общение и вносит порядок в повседневную жизнь человека. По этим причинам профессиональный тренинг и трудоустройство являются важными услугами для людей с шизофренией (Bell, Lysaker & Milstein, 1996).

<Психологические заметки. Исследования показывают, что 70% людей с тяжелыми психологическими нарушениями относят работу к чрезвычайно важным для себя вещам (MRI, 1988).>

В Соединенных Штатах профессиональный тренинг не всегда доступен людям с тяжелыми психологическими нарушениями (Drake et al., 1996). Некоторые исследования находят, что лишь 25% таких людей трудоустроены, менее 10% работают вне специальных мастерских (MRI, 1998; Mulkern & Manderscheid, 1989).

Недостаточность общественной терапии

Ясно, что эффективные общественные программы могут помочь людям с шизофренией оправиться от болезни. Однако менее половины людей, страдающих шизофренией, имеют доступ к соответствующим службам психического здоровья. На самом деле, ежегодно почти 40% людей с этим заболеванием не удается получить вообще какое-либо лечение (Torrey, 1997; Regier et al., 1993). Основными причинами этого являются два фактора: плохая координация служб и нехватка служб.

Плохая координация служб. Зачастую различные службы психического здоровья в обществе не связаны друг с другом (Leshner et al., 1992). Например, терапевт в общественном центре психического здоровья может не знать об открытии неподалеку промежуточного дома. К тому же в пределах одного учреждения пациенту не всегда удается контактировать с одними и теми же сотрудниками. Еще одна проблема заключается в плохой коммуникации между государственными больницами и общественными центрами психического здоровья (Torrey, 1997; Leshner et al., 1992). Иногда общественные службы даже не информируются о выписке пациента из больницы.

<Возвращение к работе. Специальные мастерские, как эта в нью-йоркском Фонтанном доме, предоставляет рабочий тренинг и независимость в работе и учебе, дает самоуважение и социальные навыки.>

В связи с этим неудивительно, что все большее число общественных терапевтов становятся кейс-менеджерами для людей с шизофренией (Wolff et al., 1997). Как социальные терапевты, описанные выше, они предлагают терапию и совет, учат решать проблемы и вырабатывают социальные навыки и удостоверяются в том, что медикаменты принимаются правильно. Кроме того, они помогают связываться с доступными общественными службами, служат гидами клиентов в общественной системе и, что, возможно, важнее всего, помогают клиенту защищать свои права. Сейчас многие специалисты считают, что эффективная работа кейс-менеджеров является ключом к успеху общественной программы (Dozier, 1996).

Кейс-менеджер — общественный терапевт, предлагающий весь спектр услуг людям с шизофренией или иными тяжелыми заболеваниями, включая терапию, советы, медикаменты, руководство и защиту прав.

Нехватка служб. Количество общественных программ, доступных людям с шизофренией, удручающе невелико.

Приблизительно 800 общественных центров психического здоровья, существующие сейчас в Соединенных Штатах, являются лишь одной третью от запланированного в начале 1960-х годов числа. Промежуточных домов и специальных мастерских тоже не хватает.

Вызывает беспокойство и то, что существующие общественные центры психического здоровья зачастую не могут обеспечить надлежащие услуги людям с тяжелыми заболеваниями. Они имеют тенденцию направлять свои усилия и деньги на людей, страдающих менее тяжелыми расстройствами, как, например, тревожное расстройство или трудности в социальной адаптации. Лишь небольшая доля пациентов, получающих помощь общественных центров психического здоровья, страдают от шизофрении (Torrey, 1997, 1988; Rosenstein et al., 1990, 1989).

Отчего же настолько не хватает служб для людей с шизофренией? Во-первых, оказывается, что большинство специалистов по душевному здоровью попросту предпочитают работать с людьми, чьи проблемы менее тяжелые и более кратковременны (Lee et al., 1993; Harding et al., 1992). Во-вторых, люди часто протестуют против существования по соседству от них подобных общественных программ (Leshner et al., 1992). Но возможно, что основной причиной нехватки общественной помощи являются экономические причины. С одной стороны, теперь людям с психологическими расстройствами уделяется большая, по сравнению с прошлым, часть общественных фондов (Torrey, 1997, 1988; Redick et al., 1992). С другой стороны, довольно незначительная часть этих новых поступлений доходит до общественных лечебных программ для людей с тяжелыми заболеваниями. Большая часть их уходит на ежемесячные платежи, такие как социальное обеспечение по инвалидности, обслуживание людей с психическими расстройствами в интернатах и больницах общего типа, социальные услуги для людей с нарушениями меньшей

тяжести (Torrey, 1997, 1988; Stein, 1993). На сегодняшний день финансовое обеспечение общественного лечения для людей с долговременными тяжелыми заболеваниями часто ложится в основном на органы местного самоуправления и местные организации, а не на федеральное правительство или правительство штатов, а местным ресурсам не под силу справиться с этой проблемой.

Последствия неадекватности общественной терапии. Что происходит с людьми, страдающими шизофренией, которым общество не предоставляет необходимые услуги и семьи которых не имеют возможности получить личную терапию? Как мы видели, большое число их не получают никакого лечения вообще; многие другие проводят некоторое время в государственных больницах и выписываются оттуда преждевременно, часто без соответствующего последующего лечения (Torrey, 1997; Torrey et al., 1988).

<«Деинституционализация не работает. Мы просто поменяли места. Вместо того чтобы находиться в больнице, люди находятся в тюрьме. Неразбериха во всей системе, и о психически больном человеке думают в последнюю очередь». — Тюремный чиновник, Огайо, 1992>

Многие из людей с шизофренией возвращаются в свои семьи, получают медикаменты и, может быть, эмоциональную и финансовую поддержку, но мало чего иного в терапевтическом отношении. От 5 до 15% поступают в альтернативные учреждения, такие как интернаты или санатории для выздоравливающих, где они получают только попечение в условиях ограничения свободы и медикаменты (Torrey, 1997; Smyler, 1989). Около 35% размещается в гостиницах, предоставляющих однокомнатные номера, в пансионах или меблированных комнатах, обычно в заброшенной старой части города. Они живут на государственное пособие по инвалидности (Barker et al., 1992), и многие проводят все свои дни, бродя по соседним улочкам. Вот почему иногда говорят, что люди с шизофренией «выброшены» в обществе, как когда-то они были «складированы» в учреждениях.

Наконец, большое число людей с шизофренией стали бездомными (Adams et al., 1996; Susnick & Belcher, 1995). В Соединенных Штатах от 350 000 до 1 миллиона бездомных людей, и приблизительно треть из них, несомненно, страдают тяжелыми психическими заболеваниями, обычно шизофренией (Torrey, 1997; Manderscheid & Rosenstein, 1992). Многие такие люди были выписаны из больниц. Другие являются молодыми людьми, которые вообще не были госпитализированы. Некоторым из них повезло, и они нашли койки в общественных приютах. Другие 150 000 человек с тяжелыми психическими расстройствами оказались в тюрьмах, поскольку заболевание привело их к нарушению закона (Torrey, 1997; DeAngelis, 1994). Ясно, что деинституционализация и общественное движение за психическое здоровье не оправдали ожиданий этих людей, и многие из них говорили, что на самом деле чувствовали облегчение, когда у них возникала возможность вернуться к жизни в больнице (Drake & Wallach, 1992).

<Психологические заметки. Окружная тюрьма Лос-Анджелеса, где 3300 из 21 тысячи заключенных ежедневно нуждаются в услугах психического здоровья, сейчас фактически является самым большим психиатрическим учреждением в Соединенных Штатах (Torrey, 1997; Grinfeld, 1993).>

Сцены из современной жизни

Завершая цикл

За последние три десятилетия пациенты с шизофренией перебрались из психиатрических больниц, где получали плохое лечение, в общество, где многие вообще не получают никакого лечения. Е. Фуллер Торрей (Fuller Torrey), один из основных защитников таких людей в клинической области, описывает высшую иронию в этом трагическом положении дел.

Три четверти века... отделение Манхэттенской государственной больницы [обслуживало] пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями. Затем, так как освобождалось все больше коек, в 1970-х годах здание стало ненужным, и оно было передано городу Нью-Йорку, который открыл его снова в 1981 году как общественный приют (Приют Плакальщицы) для бездомных людей...

В 1990 году Приют Плакальщицы давал кров 800 бездомным. По крайней мере 40% их были психически больны, и многие ранее были пациентами Манхэттенской государственной больницы. Один мужчина, страдающий шизофренией, жил в Приюте Плакальщицы в течение семи лет и столько же времени он был там ранее, когда приют являлся больницей... [Разница в том, что] Приют Плакальщицы просто приют, и не может оказывать психиатрическую помощь, в которой нуждаются многие из его

обитателей. Приют Плакальщицы не единственный в своем роде... Для многих бездомных это похоже на возвращение домой (Torrey 1997, p. 23-24).

<Вопросы для размышления. Как могут пациенты реагировать на то, что они вернулись в то же место, где содержались годами раньше, в совершенно других обстоятельствах? Мог ли быть Приют Плакальщицы, где работают квалифицированные и гуманные Добровольцы Америки, лучше в терапевтическом отношении, чем старая государственная больница?>

Перспективы общественной терапии

Несмотря на эти очень серьезные трудности, правильная общественная помощь показала свой потенциал для людей, восстанавливающихся после шизофрении, так что и клиницисты, и многие правительственные чиновники продолжают настаивать на расширении общественных служб. В последние годы федеральное правительство создало специальные комиссии, задачей которых стало отыскание более эффективных способов удовлетворения потребностей людей с тяжелыми нарушениями федеральным правительством, штатами и местными организациями (Leshner et al., 1992).

Другим важным шагом было создание групп национального влияния, направленных на улучшение общественной терапии (Torrey, 1997; Rosenstien et al, 1989). Одна из них, Национальный Альянс для Душевнобольных, начала свою деятельность в 1979 году и состояла тогда из 300 человек. Теперь в ее рядах 160 тысяч человек в 1100 отделениях (NAMI, 1997). Имея в своем составе в основном членов семей людей с тяжелыми психическими расстройствами (особенно с шизофренией, биполярными расстройствами и большим депрессивным расстройством), эта группа стала значительной силой воздействия на законодательные органы штатов и оказала давление на общественные центры психического здоровья, чтобы они предоставляли лечение большему числу людей с шизофренией и другими психотическими расстройствами (табл. 12.3).

На сегодняшний день в странах всего мира общественная терапия является основной частью лечения людей, восстанавливающихся после шизофрении (Dencker & Dencker, 1995; Fog, 1995). Некоторые страны, приняв к сведению ошибки деинституционализации в Соединенных Штатах, создали лучше организованные и более успешные общественные программы (Perris, 1988). И в Соединенных Штатах, и за границей разнообразная и координированная общественная терапия представляется важной частью решения проблемы шизофрении.

Таблица 12.3. Список психотических расстройств

Расстройство	Ключевые черты	Продолжительность	Вероятность возникновения в течение жизни
Шизофрения	Различные психотические симптомы, такие как бред, галлюцинации, дезорганизованная речь, эмоциональная тупость или эмоциональное уплощение и кататония	6 месяцев или более	1%
Кратковременное психотическое расстройство	Различные психотические симптомы, такие как бред, галлюцинации, дезорганизованная речь, эмоциональная тупость или эмоциональное уплощение и кататония	менее 1 месяца	Неизвестно
Шизофреноформное расстройство	Различные психотические симптомы, такие как бред, галлюцинации, дезорганизованная речь, эмоциональная тупость или эмоциональное уплощение и кататония	от 1 до 5 месяцев	0,2%
Шизоаффективное расстройство	Характеризуется симптомами, свойственными	6 месяцев или более	Неизвестно

	шизофрении и расстройствам настроения		
Бредовое расстройство	Стойкий бред, не являющийся причудливым и не имеющий отношения к шизофрении. Распространенным является бред преследования, ревности, величия и соматический бред	1 месяц или более	0,1%
Индукцированное психотическое расстройство	Человек перенимает бред, которого придерживается другой человек, например, кто-то из родителей или брат (сестра). Также известно как folie a deux.	Нет минимальной продолжительности	Неизвестно
Психотическое расстройство из-за общего физического состояния	Галлюцинации или бред, вызванные соматической болезнью или повреждением мозга	Нет минимальной продолжительности	Неизвестно
Психотическое расстройство, вызванное наркотическими веществами	Галлюцинации или бред, вызванные препаратами, например, при злоупотреблении лекарствами	Нет минимальной продолжительности	Неизвестно

Резюме

Многие годы все попытки лечения шизофрении приносили лишь разочарование. Это заболевание все еще тяжело поддается лечению, но сегодня терапевты достигают больших успехов, чем в прошлом.

Лечение в условиях стационара. Более чем половину двадцатого века основное лечение шизофрении заключалось в госпитализации и попечении в условиях ограничения свободы. В 1950-х годах были разработаны два новых подхода к лечению в больницах: терапия средой и программа жетонной системы. Они часто приводили к улучшению состояния больных, особенно помогали пациентам заботиться о себе и повышали самооценку.

Антипсихотические препараты. Открытие антипсихотических препаратов в 1950-х годах совершило революцию в терапии шизофрении. Сегодня они практически всегда являются частью лечения. Ученые считают, что эти препараты, по крайней мере традиционные средства, действуют путем снижения чрезмерной активности дофамина в мозге. Тем не менее традиционные антипсихотические препараты могут также вызывать драматические побочные эффекты, в частности, двигательные нарушения. Один из побочных эффектов, тардивная дискинезия, может развиваться после того, как люди долгое время принимали препарат. Недавно были разработаны атипичные антипсихотические препараты, которые оказались более эффективными, чем традиционные средства, и которые реже вызывают побочные эффекты.

Психотерапия. Сейчас психотерапия часто успешно используется в сочетании с антипсихотическими препаратами. Наиболее действенными ее формами являются инсайт-ориентированная терапия, семейная терапия и социотерапия.

Общественный подход. Общественный подход к лечению шизофрении был разработан, когда политика деинституционализации привела к массовому исходу сотен тысяч пациентов из государственных учреждений в общество. Среди ключевых элементов эффективных программ общественной помощи находятся: координация услуг, предоставляемых пациентам общественным центром психического здоровья, кратковременная госпитализация, дневные центры, промежуточные дома и профессиональный тренинг. Тем не менее качество и финансирование общественной помощи людям с шизофренией являются недостаточными по всем Соединенным Штатам, часто приводя к синдрому «вращающейся двери». Одним из результатов является то, что многие люди с шизофренией стали бездомными или попали в тюрьму.

Подводя итоги.

Шизофрения, одно из самых странных и пугающих заболеваний, интенсивно изучалась на протяжении всего XX века. Однако только с момента открытия антипсихотических препаратов клиницисты смогли пролить свет на причины его возникновения.

Как и в случае большинства других психологических расстройств, ученые теперь считают, что шизофрения любой формы, возможно, является результатом сочетания факторов. В то же время исследователи были куда более успешны в определении ее биологических причин, чем в выявлении психологических и социокультурных факторов.

В то время как специалисты в области биологии выделили специфические гены, нарушения биохимии мозга и его структуры и даже вирусные инфекции, психологические и социокультурные исследования смогли указать только на основные факторы, такие как конфликт в семье и влияние диагностического клейма. Понятно, что исследователи должны определить психологические и социокультурные факторы более четко, если мы хотим полностью разобраться в этом заболевании.

Картина терапии шизофрении также улучшилась в последние годы. После многих лет разочарования и неудач клиницисты обладают теперь арсеналом средств против этого заболевания — медикаменты, программы лечения в условиях стационара, психотерапия и общественные программы. Было ясно, что антипсихотические препараты при шизофрении открывают путь к выздоровлению, но в большинстве случаев нужны и другие виды терапии, поддерживающие в течение всего процесса восстановления. Должны использоваться сочетания различных подходов, чтобы лучше удовлетворять особенные нужды каждого человека в отдельности.

Эта область исследований и практики напомнила клиницистам о важном уроке: не имеет значения, насколько изучена биологическая основа, строго биологический подход к психологическим заболеваниям чаще всего ошибочен. В основном благодаря базе биологических перспектив сотни тысяч пациентов с шизофренией и с другими тяжелыми психическими расстройствами были выпущены в общество в 1960-х годах.

На психологические и социокультурные потребности этих людей внимание практически не обращалось, и многие из них и поныне бьются в тисках своей патологии. Клинцисты должны помнить этот урок, особенно в нынешней обстановке, когда правительство и органы здравоохранения зачастую рекомендуют использовать медикаменты как единственное средство лечения психологических проблем.

Когда Крепелин на стыке столетий впервые описал шизофрению, он указал, что какие-то улучшения в состоянии наблюдались лишь у 13% его пациентов. Сегодня, даже при нехватке общественной терапии, улучшения состояния больных шизофренией наблюдаются намного чаще (Eaton et al., 1992; Ram et al., 1992).

Очевидно, что клиническая сфера достигла заметного прогресса со времен Крепелина, но останавливаться еще рано. Неприемлемо то, что большинство людей с этим заболеванием испытывают незначительное (или вообще не испытывают) эффективное общественное вмешательство, которое было разработано, еще хуже то, что десятки тысяч остались без крова. Теперь на специалистах в клинической сфере и на общественных чиновниках лежит обязанность удовлетворять потребности всех людей с шизофренией.

Ключевые термины

Шизофрения

Психоз

Теория «нисходящего дрейфа»

Позитивный симптом

Бред

Формальное расстройство мышления

Речевая спутанность

Неологизм

Персеверация

Рифмование

Галлюцинация

Эмоциональная неадекватность

Негативный симптом

Алогия

Бедность речи

Эмоциональная тупость

Эмоциональное уплощение
Абулия
Социальная изоляция
Психомоторный симптом
Кататония
Продромальная фаза
Активная фаза
Резидуальная фаза
Функционирование в преморбиде
Дезорганизованная шизофрения
Кататоническая шизофрения
Параноидная шизофрения
Недифференцированный тип шизофрении
Резидуальный тип шизофрении
Тип I шизофрении
Тип II шизофрении
Предрасположенность к стрессу
Конкордатные близнецы
Генетическая связь
Молекулярная биология
Допаминавая гипотеза
Антипсихотические препараты
Фенотиазины
Антигистамин
Болезнь Паркинсона
L-dopa
Амфетаминовый психоз
Рецептор D-2
Атипичный антипсихотический препарат
Расширенные желудочки мозга
Пестивирус
Регрессия
Первичный нарциссизм
Шизофреногенная мать
Обучение методом проб и ошибок
Уровень высказываемых эмоций
Госпитализация
Государственная больница
Задние палаты
Терапия средой
Программа жетонной системы
Хлорпромазин
Нейролептический препарат
Экстрапирамидный синдром (эффект)
Симптомы паркинсонизма
Злокачественный нейролептический синдром
Тардивная дискинезия
Клозапин
Рisperидон
Агранулоцитоз
Психологические сведения
Социотерапия
Общественный подход
Деинституализация
Общественный центр психического здоровья
Психически больной алкоголик (наркоман) (MICA)
Восстановительная терапия
Дневной центр
Промежуточный дом
Полупрофессионал
Специальная мастерская
Кейс-менеджер

Контрольные вопросы

1. Что такое шизофрения и какова ее распространенность? Как она связана с социоэкономическим классом, полом и расой?
2. Перечислите позитивные, негативные и психомоторные симптомы шизофрении.
3. Какие виды бреда, галлюцинаций и формальных расстройств мышления наиболее часто встречаются при шизофрении?
4. Какие пять типов шизофрении выделяет DSM-IV? В чем заключаются различия между Типом I и Типом II шизофрении?
5. Опишите генетическую, биохимическую, вирусную теории формирования шизофрении, а также теорию, основанную на изучении структур мозга. Обсудите, насколько они подкрепляются исследованиями.
6. Перечислите ключевые черты психодинамической, бихевиористской, когнитивной теорий формирования шизофрении, а также ключевые черты теории социального клейма и семейной системной теории.
7. Расскажите о лечении людей с шизофренией в условиях стационара по мере развития психиатрии в XX веке. Насколько эффективны терапия средой и программы жетонной системы?
8. Какое влияние на мозг оказывают антипсихотические препараты, и насколько они эффективны в лечении шизофрении? Какие побочные эффекты дают эти препараты?
9. Какие методы психотерапии помогают людям с шизофренией?
10. Что такое деинституализация? Какие черты общественной терапии кажутся критичными для помощи людям с шизофренией?
11. В чем и почему для людей с шизофренией недостаточен общественный подход к психическому здоровью?

Глава 13. Расстройства памяти и других когнитивных функций.

В субботу Брайан катался на парусной лодке вместе со своей женой Хелен. Море было беспокойным, но не внушало особых опасений. Они чудесно проводили время и не заметили, как небо потемнело, ветер усилился, а лодкой стало сложнее управлять. Через несколько часов плавания они оказались вдали от берега, захваченные сильным штормом.

Шторм стремительно нарастал. Брайану стало трудно управлять лодкой из-за резких порывов ветра и яростных волн. Они с Хелен попытались надеть на себя спасательные жилеты, не удосужившись сделать это раньше, но прежде чем они справились с этой задачей, лодка перевернулась. Брайан, который плавал лучше, чем Хелен, сумел подплыть к перевернувшейся лодке и ухватиться за борт, держась за него из последних сил; Хелен же не смогла справиться с бурными волнами и добраться до лодки. Брайан, в ужасе, не веря своим глазам, наблюдал, как его жена исчезает из виду.

Спустя некоторое время шторм начал стихать. Брайан сумел вернуть лодку в нормальное положение и доплыть на ней до берега. Наконец он был в безопасности, но ему еще предстояло пережить последствия этого шторма. Последующие дни были наполнены страданиями и новыми ужасами: обнаружение тела Хелен береговой охраной... беседы с властями... извещение родителей Хелен о случившемся... разговоры с друзьями... самообвинения... скорбь... и так далее. В среду, через пять дней после тех роковых событий, Брайан собрался с духом и присутствовал на похоронах Хелен. Это был самый длинный и трудный день в его жизни. Большую часть времени ему казалось, что он находится в трансе.

На следующее утро вскоре после пробуждения Брайан обнаружил, что с ним происходит нечто жуткое и странное. Несмотря на все свои старания, он не смог припомнить события последних нескольких дней. Он помнил шторм и смерть Хелен. Но все остальное, включая похороны, оказалось забытым. Сначала он даже решил, что теперь воскресенье и что его еще ждут беседы с семьей, друзьями и похороны. Но газеты, список приглашенных на похороны и телефонный разговор с братом вскоре

убедили его, что последние четыре дня жизни выпали из его памяти.

Взаимодействуя с миром, мы обычно сохраняем ощущение целостности, сознаем себя чем-то большим, чем набор изолированных сенсорных восприятий, чувств и поступков. Каждому из нас присуща идентичность, ощущение того, кто я такой — ни па кого не похожий человек со своими предпочтениями, способностями, характеристиками и потребностями. Окружающие нас узнают и ожидают от нас вполне определенных действий. Но важнее то, что мы узнаем себя и имеем собственные ожидания, ценности и цели. Мы сознаем, какое место занимаем в своем окружении.

Ключом к этому ощущению целостности и идентичности является память. Память связывает между собой наше прошлое, настоящее и будущее. Наши воспоминания о прошлом опыте, хотя и не всегда абсолютно точные, помогают нам реагировать на текущие события и принимать решения, касающиеся будущего. Мы узнаем своих друзей и родственников, учителей и работодателей и ведем себя с ними соответствующим образом. Не будь памяти, нам бы каждый раз приходилось начинать все сначала; благодаря ей жизнь движется вперед.

Память — способность припоминать прошлые события и ранее приобретенные знания.

Иногда люди страдают от серьезных нарушений памяти. Им может оказаться не под силу припомнить информацию, которую они только что узнали, или старую информацию, которая была им известна когда-то. Когда, как это произошло в случае с Брайаном, подобные изменения не вызваны явной физиологической причиной, их, по традиции, называют диссоциативными. Когда физиологические причины очевидны, расстройство памяти называют органическим. Некоторые нарушения памяти включают в себя как диссоциативные, так и органические элементы.

<Психологические заметки. Согласно истории, рассказанной Сократом, египетского бога Таммуза изобретение алфавита привело в ужас. Таммуз предсказал, что алфавит сделает людей забывчивыми, поскольку они начнут больше полагаться на написанные слова, чем на свою память (Noll & Turkington, 1994).>

Диссоциативные расстройства.

Люди с диссоциативными расстройствами страдают от серьезных нарушений памяти, не обусловленных какой-то явной физиологической причиной. Как правило, одна часть памяти диссоциируется или отделяется от другой. Известно несколько различных видов диссоциативных расстройств. Основным симптомом диссоциативной амнезии является неспособность припомнить важные события или информацию, связанные с личной жизнью. Человек с диссоциативной фугой не только забывает прошлое, но может отправиться в незнакомое место и вообразить себя новой личностью. У людей, страдающих органическим диссоциативным расстройством личности, присутствует две или более разных личности, которые не всегда могут припомнить мысли, чувства и поступки друг друга.

Органическое диссоциативное расстройство личности — расстройство, характеризующееся серьезными нарушениями памяти, которое не обусловлено явными физическими причинами.

Диссоциативным расстройствам посвящено несколько ярких книг и кинофильмов. Два наиболее известных произведения этого рода (книги, по которым были поставлены и фильмы): «Три лица Евы» (The Three Faces of Eve) и «Сибил» (Sybil), каждое из которых рассказывает о женщине, страдающей расщеплением личности. Эта тема является настолько захватывающей, что большая часть телесериалов включает в себя ежегодно по меньшей мере один случай диссоциации, в результате чего создается впечатление, что эти расстройства широко распространены. Однако многие клиницисты считают, что они встречаются очень редко.

<Не слишком ли рано? Каждая будущая мать, участвующая в этой пренатальной программе, разговаривает с плодом, с тем чтобы установить с ребенком ранние отношения. Однако исследования памяти свидетельствуют, что малыши не помнят этих ранних вмешательств; люди не могут сознательно восстановить в памяти события, происходившие до определенного момента первого или второго года их жизни (Bauer, 1996; Mandler & McDonough, 1995).>

Кроме того, DSM-IV относит к диссоциативным расстройствам деперсонализацию — стойкое чувство обособленности от собственных мыслительных процессов или

собственного тела. Людям с этим расстройством кажется, что они наблюдают себя со стороны. Поскольку проблемы с памятью не являются основной особенностью этого расстройства, здесь мы не будем его обсуждать.

Диссоциативная амнезия.

Люди с диссоциативной амнезией не способны припомнить важную информацию, обычно неприятного характера, касающуюся их жизни (APA, 1994) Потеря памяти у них намного более обширна, чем в случае обычной забывчивости, и не вызвана органическими факторами (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Очень часто эпизод амнезии следует непосредственно за каким-то конкретным неприятным событием (Classen, Koopman & Spiegel, 1993).

Диссоциативная амнезия — органическое расстройство, характеризующееся неспособностью припомнить важные события и информацию, связанные с личной жизнью.

Диссоциативные амнезии могут быть локализованными, селективными, генерализованными и непрерывными. Любой из этих видов амнезии может быть вызван каким-то травматическим событием подобным тому, которое произошло с Брайаном, но для каждого характерна собственная модель забывания. Брайан страдал от локализованной амнезии, наиболее распространенного типа диссоциативной амнезии. В этом случае человек забывает только события, произошедшие в течение ограниченного периода времени, который почти всегда начинается с какого-то очень неприятного эпизода. Проснувшись на следующий день после похорон, Брайан не смог припомнить ни одно из событий последних мучительных дней, начавшихся с трагедии на море. Он помнил все, что случилось до этой драмы. Он мог также вспомнить все, что происходило утром после похорон и далее, но промежуток в несколько дней начисто выпал из его памяти. Забытый период называют амнестическим эпизодом. Во время амнестического эпизода люди иногда ведут себя неуверенно и могут даже начать бесцельно блуждать. Они уже испытывают проблемы с памятью, но, по-видимому, плохо осознают их. Например, в день похорон Хелен Брайану казалось, что он находится в трансе.

Локализованная амнезия — неспособность припомнить ни одно из событий, которые произошли в течение какого-то ограниченного периода времени.

Люди с селективной амнезией, второй по распространенности формой диссоциативной амнезии, помнят некоторые, но не все, события, происходившие в течение какого-то периода времени. Если бы у Брайана была такая амнезия, то он мог бы вспомнить, к примеру, как он сообщает трагические новости родителям жены и свои разговоры с друзьями, но при этом забыть сами похороны.

Селективная амнезия — неспособность припомнить некоторые из событий, которые произошли в течение какого-то ограниченного периода времени.

В некоторых случаях забывание распространяется на более ранние события, охватывая определенный период времени до травматического события. Брайан мог бы проснуться после похорон и обнаружить, что он не только забыл события последних нескольких дней, но и не может вспомнить другие события из своей прошлой жизни. В этом случае он бы страдал от генерализованной амнезии. В крайних ее проявлениях человек может даже оказаться неспособным вспомнить, кто он такой, или узнать своих родственников и друзей.

Генерализованная амнезия — потеря памяти на события, которые произошли в течение какого-то ограниченного периода времени, а также на отдельные события, которые имели место до этого периода.

В случаях диссоциативной амнезии, которые были описаны выше, период, отмеченный амнезией, имеет свой предел. Однако при непрерывной амнезии забывание переносится на настоящее время. Брайан мог бы начать забывать новые, текущие события, помимо того что случилось до трагедии и во время нее. В случаях диссоциативной амнезии подобное непрерывное забывание встречается очень редко, но, как мы увидим далее, оно не является такой уж редкостью при органической амнезии.

Непрерывная амнезия — неспособность припомнить вновь происходящие события, а также отдельные прошлые события.

Все эти формы диссоциативной амнезии схожи в том, что амнезия затрудняет человеку припоминание событий, имеющих отношение к его личной жизни. Память же на информацию абстрактного или универсального характера обычно сохраняется. Люди с диссоциативной амнезией не хуже, чем все остальные, помнят имя действующего президента США и то, как нужно писать, читать или управлять

автомобилем.

Клиницисты не знают, насколько широко распространена диссоциативная амнезия, но им известно, что многие ее случаи начинаются, по-видимому, в тот момент, когда возникает серьезная угроза здоровью и безопасности человека, например во время войны и стихийных бедствий (Karon & Widener, 1997; APA, 1994; Kihlstorm et al., 1993). Участники сражений часто сообщают о провалах памяти продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, а некоторые забывают личностную информацию, например, свое имя или адрес (Bremner et al., 1993). В последнее время также сообщалось о случаях диссоциативной амнезии, связанных с сексуальным насилием над ребенком. Кроме того, диссоциативная амнезия может иметь место и при более обычных обстоятельствах. К ней может привести внезапная потеря любимого, вызванная разрывом отношений с ним или его смертью (Spiegel, 1994; Loewenstein, 1991), а также чувство вины, связанное с поступками, которые человек считает аморальными (такими, как внебрачная связь).

Последствия диссоциативной амнезии зависят от того, что именно забывается.

Разумеется, амнестический эпизод продолжительностью в два года представляет собой более серьезную проблему, чем эпизод продолжительностью в два часа.

Аналогичным образом, амнестический эпизод, во время которого в жизни человека происходят важные перемены, вызывает большие осложнения, чем эпизод, не отмеченный бурными событиями.

<Боевая психическая травма. Солдаты иногда реагируют на боевые действия диссоциативной амнезией. Они могут забыть какие-то ужасы, личностную информацию или даже то, кто они такие.>

Диссоциативная fuga.

Люди с диссоциативной фугой не только забывают, кто они такие, и подробности своего прошлого, но и убегают в какое-то совершенно незнакомое место (см. Контрольный перечень DSM-IV). Они могут даже вообразить себя новой личностью (APA, 1994). Некоторые люди уезжают лишь на незначительное расстояние от дома, их новая личность не отличается завершенностью, число их социальных контактов ограничено (APA, 1994). Приступ длится недолго — несколько часов или дней — и заканчивается внезапно.

Диссоциативная fuga — диссоциативное расстройство, при котором человек отправляется в незнакомое место и может вообразить себя новой личностью, одновременно забывая свое прошлое.

Однако в других случаях люди могут уезжать далеко от дома, брать новое имя, завязывать отношения и даже пытаться заняться новой деятельностью. У них могут появляться личностные характеристики, которые ранее им не были свойственны, — часто они становятся более общительными (APA, 1994). Известно, что некоторые люди совершали путешествия в зарубежные страны, уезжая на тысячи миль от дома. Этот вид fugи проявился у священника по имени Ансел Бурн.

17 января 1887 года священник Ансел Бурн из Грина, штат Род-Айленд, снял 551 доллар со своего счета в банке в Провиденсе, которые он должен был уплатить за участок земли в Грине, оплатил несколько счетов и сел в конный экипаж, направлявшийся в Потакет. Это было последнее событие, которое он помнит. В этот день он не вернулся домой, и о нем ничего не было слышно в течение двух месяцев. В газетах поместили объявление о его розыске, но полиции, подозревавшей, что совершено какое-то преступление, не удалось определить его местонахождение. Однако утром 14 марта в Норристауне, штат Пенсильвания, человек, называвший себя А. И. Брауном, который шесть неделями раньше взял в аренду небольшой магазин, заполнил его канцелярскими принадлежностями, кондитерскими изделиями, фруктами, мелкими товарами и вел все это время скромную торговлю, не давая повод окружающим заметить что-то необычное, проснулся в испуге, позвал соседей по дому и попросил их сказать ему, где он находится. Он сообщил, что его зовут Ансел Бурн, что ему ничего неизвестно о Норристауне, что он ничего не понимает в торговле и последнее, что он помнит, — ему казалось, это было только вчера, — это то, как он брал деньги в банке в Провиденсе... Он был очень слаб, по-видимому, потеряв в весе более 20 фунтов за время своей эскапады, и пришел в такой ужас от мысли о кондитерском магазине, что отказался там больше появляться (James, 1890, p. 391-393).

Диссоциативная fuga случается примерно у 0,2% населения. Подобно диссоциативной амнезии, fuga обычно следует за сильным стрессом, например, таким, как военные действия или стихийное бедствие, хотя ее может вызвать и личностный стресс —

финансовые или юридические трудности или депрессивный эпизод (APA, 1994; Kihlstrom et al., 1993). Возможно, что некоторые подростки убегают из дома, находясь в состоянии фуги (Loewenstein, 1991). Подобно случаям диссоциативной амнезии, фуги обычно влияют лишь на воспоминания о собственном прошлом, а не на универсальные или абстрактные знания (Kihlstrom et al., 1993).

Как правило, фуги оканчиваются внезапно. В некоторых случаях, как это было со священником Бурном, человек «пробуждается» в неизвестном месте, окруженный незнакомыми лицами, и не может понять, как он тут оказался. В других случаях отсутствие биографических данных может вызвать подозрение окружающих. Какой-то дорожный инцидент или юридическая проблема порой позволяют полиции обнаружить, что человек выдает себя за другого, или помочь людям найти своего пропавшего друга (Kihlstrom et al., 1993). При обнаружении людей с этим расстройством может оказаться необходимым задать им множество вопросов о подробностях их прежней жизни, неоднократно напоминать им, кто они такие, и даже подвергнуть их психотерапии после восстановления памяти. Когда они вспоминают свое прошлое, некоторые забывают события, имевшие место в период фуги (APA, 1994).

< Утрата и обретение. В 1980 году служащий национального парка во Флориде обнаружил в неглубокой яме раздетую и голодную женщину. Поскольку ее личность установить не удалось, женщину госпитализировали как «Джейн Доу». Через пять месяцев Айрин Томичек (справа) опознала ее в передаче «Доброе утро, Америка» как свою 34-летнюю дочь Черил Энн, исчезнувшую семь лет назад. Благодаря лечению и воссоединению с семьей фуга Черил Энн начала проходить.>

Память большинства людей с диссоциативной фугой восстанавливается полностью или почти полностью, и у них не бывает рецидивов. Поскольку фуги обычно кратковременны и носят полностью обратимый характер, они, как правило, не дают серьезных последствий (Keller & Shaywitz, 1986). Однако людям, отсутствовавшим дома в течение нескольких месяцев или лет, часто бывает трудно приспособиться к семейным, социальным или профессиональным переменам, которые произошли за время их скитаний. Вдобавок, некоторые люди, находясь в состоянии фуги, совершают противоправные или насильственные действия и вынуждены затем за них отвечать.

Расстройство множественной личности (диссоциативное расстройство личности).

Диссоциативное расстройство личности (расщепление, раздвоение) — расстройство, поражающее своей необычностью и приводящее к тяжелым последствиям, как мы можем это видеть в случае с Эриком.

Находившейся в полубессознательном состоянии и страдавший от последствий избиения, 29-летний Эрик был обнаружен 9 февраля бродящим по одному из торговых центров города Дейтон-Бич... Перемещенный шесть недель спустя в Центр человеческих ресурсов (Human Resources Center) Дейтон-Бич, Эрик начал разговаривать с врачами двумя голосами: детским голосом «маленького Эрика», глуповатого и запуганного ребенка, и размеренным голосом «повзрослевшего Эрика», который поведал историю о различных ужасах и насилии, учиненном над ним в детстве. Согласно «повзрослевшему Эрику», после того как умерли его родители, эмигрировавшие из Германии, жестокий отчим и его любовница увезли Эрика из родной Южной Каролины в укромное место среди болот Флориды, где скрывались торговцы наркотиками. Эрик сказал, что он был изнасилован несколькими членами шайки и видел, как его отчим убил двух человек.

Однажды в конце марта взволнованный консультант центра стал свидетелем того, как лицо Эрика исказилось в страшной гримасе. Эрик издал чудовищный рык и начал выкрикивать одну непристойность за другой. «Это было похоже на кадры из фильма «Изгоняющий дьявола» (The Exorcist), — говорит Малком Грэм, психолог, курировавший этот случай. — Это было наиболее бурное проявление чувств, которое я когда-либо наблюдал у пациента». Обнаружение новой личности, которая дерзко потребовала, чтобы ее называли Марком, стало первым признаком того, что Грэм имеет дело с редким и серьезным эмоциональным расстройством: диссоциативным расстройством личности...

В последующие недели заявили о себе и другие манифестации Эрика: Дуайт, тихий мужчина средних лет; слепой и немой истерик Джеффри; Майкл, надменный жокей; кокетливая Тиан, которую Эрик считал шлюхой; и любящий поспорить Филлип, адвокат. «Филлип постоянно спрашивал о правах Эрика, — говорит Грэм. — Он был несколько надоедлив. Говоря по правде, Филлип стал для меня сущим наказанием».

К изумлению Грэма, Эрик постепенно обнаружил в себе 27 различных личностей, включая трех женщин... Их возраст колебался в очень широких пределах: от эмбриона до омерзительного старика, который пытался убедить Эрика отправиться наемником на Гаити. Во время одного терапевтического сеанса, сообщает Грэм, Эрик за час успел переключиться с одной личности на другую 9 раз. «Мне казалось, я теряю контроль за ходом сеанса, — говорит психолог, имеющий 11-летний опыт клинической практики. — Некоторые личности не желали со мной разговаривать, а другие были исключительно проникательны, прекрасно разбираясь не только в поведении Эрика, но и в моем собственном» (Time, October 25, 1982, p. 70).

У человека, страдающего расстройством множественной личности (расщеплением личности), формируются две различные личности или более, часто называемые субличностями (или альтернативными личностями), каждая из которых обладает уникальным набором характеристик памяти, поведения, мышления и эмоций (см. Контрольный перечень DSM-IV). В тот или иной момент времени одна из субличностей начинает играть главенствующую роль, направляя все взаимодействия человека. Обычно одна из них, ведущая личность (primary personality), или хозяин (host), обнаруживает себя чаще, чем другие.

Расстройство множественной личности — диссоциативное расстройство, при котором у человека формируются две различные личности или более. Другое название — диссоциативное расстройство личности.

Субличности — различные личности, обнаруживаемые у лиц, страдающих диссоциативным расстройством личности. Другое название — альтернативные личности.

Переход от одной субличности к другой, часто называемый переключением (switching), обычно происходит внезапно (APA, 1994; Dell & Eisenhower, 1990). К примеру, у Эрика при смене одной личности другой исказилось лицо, он зарычал и начал выкрикивать непристойности. Переключение обычно бывает спровоцировано каким-то стрессовым событием (APA, 1994), хотя клиницисты могут вызвать это изменение и посредством гипнотического внушения (Smith, 1993; Brende & Rinsley, 1981).

Большинство клиницистов полагают, что диссоциативное расстройство личности — явление крайне редкое, хотя последние данные позволяют предположить, что оно, возможно, более распространено, чем считалось когда-то (APA, 1994; Kluff, 1991). Большая часть случаев диагностируется в позднем подростковом возрасте или в ранней молодости, но симптомы обычно начинают проявляться в раннем детстве после эпизодов насилия, как правило, до 5-летнего возраста (Ross et al., Sachs, 1986). Исследования показывают, что 97% пациентов с этим расстройством могли подвергаться физическому, часто сексуальному, насилию в ранние годы своей жизни (Ross et al., 1991, 1990, 1989; Dell & Eisenhower, 1990). Женщинам ставят этот диагноз по меньшей мере в три раза чаще, чем мужчинам (APA, 1994).

Крупным планом

Подавленные воспоминания детства или синдром ложной памяти?

В последние годы внимание общественности привлекли сообщения, касавшиеся подавленных воспоминаний о насилии, которому люди подвергались в детстве. Взрослые с этим типом диссоциативной амнезии, по-видимому, вспоминают погребенные в памяти случаи сексуального или физического насилия, произошедшие в их детские годы. Например, женщина может заявить, что она неоднократно подвергалась сексуальным домогательствам со стороны своего отца, когда ей было 5-7 лет. Или молодой человек может вспомнить, что друг их семьи несколько раз приставал к нему с сексуальными намерениями, когда он был совсем маленьким. Часто подавленные воспоминания обнаруживают себя во время терапии, направленной на устранение какой-то другой проблемы, например, расстройства аппетита или депрессии (Gudjonsson, 1997).

<**Ранние воспоминания.** Исследования показывают, что на нашу память о событиях раннего детства могут влиять воспоминания членов семьи, наши сновидения, сюжеты теле- и кинофильмов и наши нынешние представления о самих себе.>

По этому вопросу существуют прямо противоположные точки зрения (Brandon et al, 1998; Schooler, 1996, 1994). Некоторые считают, что восстановленные воспоминания представляют собой именно то, за что их хотят выдать, — тягостные воспоминания о насилии, которые были погребены в течение многих лет в сознании человека. Другие полагают, что эти воспоминания в действительности иллюзии — ложные образы, созданные сбитыми с толку людьми. Сейчас даже существует организация под

названием Фонд синдрома ложных воспоминаний (False Memory Syndrome Foundation), которая помогает людям, утверждающим, что их ложно обвиняют в насилии.

Клиницисты также придерживаются противоположных мнений по этому вопросу (Pope & Brown, 1996; Toglia, 1996). Те, кто верит в подавленные воспоминания о насилии над ребенком, указывают, что в США по меньшей мере 200-300 тысяч детей ежегодно становятся жертвами сексуального насилия. Этот страшный опыт может создавать предпосылки для диссоциативной амнезии. Некоторые исследования фактически показывают, что от 18 до 59% жертв сексуального насилия испытывают трудности с припоминанием по крайней мере некоторых деталей травматических событий (Coons et al., 1997; Horn, 1993).

Другие клиницисты отвергают возможность подавленных воспоминаний. Они замечают, что подробности сексуального насилия в детские годы обычно вспоминаются очень хорошо и не изглаживаются из памяти полностью (Loftus, 1997, 1993; APA, 1996). Они также указывают, что память в целом едва ли можно считать надежной. Даже припоминая такие трагические события, как взрыв космического челнока «Челленджер», люди давали неточные описания того, где они были во время этого происшествия или кто сообщил им о нем. Если память в целом столь ущербна, разумеется, могут возникнуть вопросы и в отношении надежности восстановленных воспоминаний.

Если оживление воспоминаний детства не то, чем его хотят представить, тогда что же за ним стоит? Согласно противникам этой концепции, оно может быть не чем иным, как следствием внушения (Loftus, 1997). Эти теоретики полагают, что клиническое и общественное внимание, уделяемое данному предмету, приводит к тому, что некоторые терапевты ставят диагноз, не подкрепленный достаточным количеством доказательств (Frankel, 1993). Подобные терапевты могут активно выискивать указания на раннее сексуальное насилие в сообщениях некоторых пациентов. Они могут даже побуждать своих пациентов обнаруживать подавленные воспоминания (Ganaway, 1989). Выясняется, что некоторые из этих терапевтов используют специальные приемы восстановления памяти, включающие в себя гипноз, регрессию в ходе терапии, ведение дневника, истолкование сновидений и органических симптомов (Lindsay, 1996, 1994; Lindsay & Read, 1994). Возможно, что пациенты идут у них на поводу и неосознанно формируют ложные воспоминания о насилии. Эти кажущиеся воспоминания могут затем стать хорошо знакомыми пациенту, в результате неоднократных терапевтических обсуждений якобы имевших место инцидентов (Loftus, 1997; Belli et al., 1992). Короче говоря, восстановленные воспоминания могут в действительности быть ятрогенными — непреднамеренно вызванными терапевтом. Конечно, подавленные воспоминания о сексуальном насилии в детстве возникают не только в клинической обстановке. Многие люди заявляют о них по собственной инициативе. Противники концепции подавленных воспоминаний объясняют эти случаи обилием популярных книг, статей и телепередач, недвусмысленно поддерживающих возможность оживления подавленных воспоминаний (Loftus, 1993). Несколько книг даже инструктируют читателей в отношении диагностики подавленных воспоминаний о сексуальном насилии. Зачастую они указывают на симптомы, которые являются довольно распространенными, а вовсе не клиническими (Tavris, 1993). Читатели, обнаружившие у себя несколько таких симптомов, могут начать выискивать подавленные воспоминания.

Важно понять, что споры вокруг подавленных воспоминаний детства ни в коем случае не связаны с проблемой сексуального насилия над детьми (APA, 1996; Pope & Brown, 1996). И защитники, и противники данной теории одинаково озабочены тем, что общественность может расценить эти споры как сомнения клиницистов в масштабе проблемы. Каким бы ни был результат споров вокруг подавленных воспоминаний, проблема сексуального насилия над детьми является, к сожалению, слишком реальной и слишком распространенной.

Субличности

Характер отношений между субличностью или их взаимного узнавания варьируется от одного случая к другому. Однако, как правило, различают три вида отношений. При взаимно амнестических (mutually amnestic) отношениях субличности ничего не знают друг о друге (Ellenberger, 1970). Наоборот, в случае взаимной осведомленности (mutually cognizant pattern) каждая субличность имеет ясное представление об остальных. Они могут слышать голоса друг друга и даже вести между собой разговоры. Некоторые находятся в хороших отношениях тогда как иные терпеть не

могут друг друга. При односторонне амнестических (one-way amnestic) отношениях, наиболее распространенном случае, некоторые субличности осведомлены о существовании других, но эта осведомленность не является взаимной. При односторонне амнестических отношениях осведомленная личность, называемая со-осознающей (sococonscious) личностью, является «невозмутимым наблюдателем», который следит за действиями и мыслями других сублинностей, но не вступает с ними в контакт. Иногда, несмотря на присутствие другой субличности, со-осознающая субличность напоминает о себе с помощью таких косвенных средств, как слуховые галлюцинации (возможно, подающий команды голос) или «автоматическое письмо» (активная в данный момент личность может вдруг начать писать какие-то слова — процесс, который она не контролирует).

Исследователи ранее полагали, что при расщеплении личности у человека обычно обнаруживают себя две или три субличности. Однако современные исследования показывают, что среднее число сублинностей намного выше: 15 для женщин и 8 для мужчин (APA, 1994; Ross et al., 1989). Более того, известны случаи, при которых наблюдались 100 или более сублинностей (APA, 1994). Часто субличности появляются группами, состоящими из 2-3 человек.

<Вопросы для размышления. Женщинам диагноз расщепления личности ставят немного чаще, чем мужчинам. Каковы могут быть причины подобного различия между полами?>

В случае «Евы Уайт», ставшей известной благодаря книге «Три лица Евы» и одноименному кинофильму, в одной женщине уживались три личности: Ева Уайт, Ева Блэк и Джейн (Thigpen & Cleckley, 1957). Ева Уайт, ведущая личность, была тихой и серьезной, Ева Блэк — беспечной и озорной, а Джейн отличалась выдержанностью и умом. Согласно книге, эти три субличности в конце концов слились в Эвелин, устойчивую личность, которая действительно объединяла в себе три другие. Однако книга была неточна; на этом расщепление Евы не закончилось. В автобиографии, написанной 20 лет спустя, она призналась, что всего за ее жизнь обнаружили себя 22 субличности, включая девять, появившихся после Эвелин. Обычно они появлялись группами по 3 человека, и, очевидно, поэтому авторы книги «Три лица Евы» ничего не знали о ее предшествующих или последующих сублиностях. Теперь она вылечилась от своей болезни, у нее сформировалась одна, устойчивая личность, и в течение более 20 лет она известна как Крис Сайзмор (Sizemore & Huber, 1988).

Подобно тому как это имело место в случае Крис Сайзмор, субличности часто разительно отличаются друг от друга по своим личностным качествам. Кроме того, они могут иметь собственные имена и различаться по своим жизненным характеристикам (vital statistics), способностям, предпочтениям и даже физиологическим реакциям (Alpher, 1992; Dell & Eisenhower, 1990).

Жизненные характеристики. Субличности могут различаться по таким базовым показателям, как возраст, пол, расовая принадлежность и семейное прошлое, как это было в известном случае с Сибил Дорсетт (Dorsett). Расщепление личности Сибил было описано в художественной форме (в романе «Сибил»), но и терапевт, и пациентка утверждают, что в книге все соответствует действительности (Borch-Jacobsen, 1997; Schreiber, 1973). Сибил обнаружила в себе 17 сублинностей, каждая из которых имела различные идентификационные характеристики. Среди них были взрослые, подросток и малышка по имени Рути; двое были мужчинами, которых звали Майк и Сид. Каждая из сублинностей Сибил имела собственное представление о себе и других сублиностях. Например, субличность по имени Вики считала себя привлекательной блондинкой, тогда как другая, Пегги Лу, описана как дурнушка с приплюснутым носом. Мэри была полной и темноволосой, а Ванесса отличалась высоким ростом, рыжими волосами и стройной фигурой. Оливковая кожа и карие глаза Майка контрастировали со светлой кожей и голубыми глазами Сиды.

<Сумасшествие на экране. Один из самых известных кинематографических персонажей, страдавших расщеплением личности, Норман Бейтс (фильм «Психоз») с ужасом обнаруживает, что его мать (фактически его субличность) зарезала в душе женщину.>

Способности и предпочтения. Хотя при диссоциативной амнезии или фуге память на информацию абстрактного или универсального характера обычно не страдает, при расщеплении личности она может <...> в себе такие личности (Frick, 1995; Merskey, 1995, 1992).

Ятрогенное расстройство — расстройство, непреднамеренно вызванное врачом.

Эти аргументы, по-видимому, подтверждают тот факт, что многие случаи впервые привлекают к себе внимание в тот момент, когда пациент уже проходит лечение по поводу какой-то менее серьезной проблемы (Allison, 1978). Но не всегда: многие люди обращаются за помощью только после того, как замечают, что их жизнь отмечена провалами во времени, или после того, как родственники и друзья наблюдали за появлением субличностей (Schacter, 1989; Putnam, 1988, 1985).

Число людей, которым ставят диагноз диссоциативное расстройство личности, растет. Хотя это расстройство по-прежнему является редкостью, только в США и Канаде были выявлены тысячи случаев (Merskey, 1995; Ross et al., 1989). Его распространение можно объяснить по крайней мере двумя факторами. Во-первых, все большее число клиницистов теперь полагают, что это расстройство действительно существует, в результате чего они стремятся его диагностировать (French, 1987). Вторым фактором может быть увеличение точности диагностических процедур. Большую часть XX века одним из самых любимых диагнозов в клинической области была шизофрения (Rosenbaum, 1980). Он ставился (часто неправильно) в случае всевозможных необычных и загадочных видов патологии, в число которых могло входить и диссоциативное расстройство личности. Теперь же, при наличии более жестких критериев последних редакций DSM, диагносты проявляют осторожность при использовании термина «шизофрения», вследствие чего диагностируется больше случаев диссоциативного расстройства личности (Spiegel, 1994; French, 1987). Кроме того, в последнее время были разработаны несколько диагностических тестов, помогающих выявить диссоциативное расстройство личности (Steinberg & Hall, 1997; Mann, 1995).

<Ева впоследствии. Крис Сайзмор, героиня книги «Три лица Евы» и одноименного фильма, теперь известный писатель, художник и лектор по вопросам психического здоровья. На ее многочисленных портретах запечатлены различные субличности, которых она в себе обнаружила.>

Крупным планом

Виновен или не виновен?

В 1979 году Кеннет Бьянки (Kenneth Bianchi), один из двух мужчин, известных как «душители с холмов», был обвинен в изнасиловании и убийстве нескольких женщин в районе Лос-Анджелеса. Бьянки отвергал предъявленные ему обвинения, а во время гипнотического сеанса обнаружила себя еще одна личность по имени Стив. Стив заявил, что это он, а не Кеннет, совершил преступления.

Бьянки требовал признать его невиновным на основании невменяемости, но суд не принял во внимание утверждение убийцы, что он страдает диссоциативным расстройством личности. Вторая личность, как указал государственный обвинитель, появилась только во время гипноза, после того как Бьянки сказали, что эта процедура может выявить еще одну часть его существа. Бьянки был признан виновным в преступлениях.

<Вопросы для размышления. Каким был бы справедливый судебный вердикт, если бы расстройство Бьянки было признано истинным? Не могут ли широко освещающиеся в СМИ разбирательства, подобные этому, влиять на других людей, вселяя в них веру в то, что они страдают расщеплением личности? Более четверти всех людей, обвиняемых в убийстве, заявляют, что не помнят о своих преступлениях (Noll & Turkington, 1994). Почему убийца может страдать амнезией?>

Резюме

Память играет ключевую роль в нашем функционировании, связывая прошлое, настоящее и будущее.

Диссоциативные расстройства. Люди с диссоциативными расстройствами страдают от серьезных нарушений памяти, не вызванных явными физическими причинами. Как правило, одна часть памяти диссоциируется, или отделяется, от другой. Люди с диссоциативной амнезией внезапно оказываются не в состоянии припомнить важную личностную информацию или какие-то события, произошедшие с ними в прошлом. Люди с диссоциативной фугой не только забывают, кто они такие, но убегают в какое-то незнакомое место и могут вообразить себя новой личностью.

Диссоциативное расстройство множественной личности. При этом варианте диссоциативного расстройства, «расщеплении личности», люди обнаруживают в себе две или более различных субличности. Субличности часто находятся в сложных отношениях друг с другом и обычно различаются по своим жизненным характеристикам, способностям, предпочтениям и даже по физиологическим реакциям. В последние годы увеличивается число людей, которым ставят этот

диагноз.

Возможные причины диссоциативных расстройств.

Выдвинуто множество теорий, призванных объяснить диссоциативные расстройства. Более ранние объяснения, например теории, опирающиеся на психодинамические и поведенческие модели, не привлекли большого внимания исследователей. Однако более современные теории, которые сочетают в себе когнитивные, поведенческие и биологические принципы, а также указывают на такие факторы, как научение, зависимое от состояния, и аутогипноз, вызывают у ученых-клиницистов все больший интерес (Doan & Bryson, 1994).

Психодинамический подход.

Теоретики психодинамического направления полагают, что причиной диссоциативных расстройств является избыточное вытеснение (подавление) (repression), наиболее распространенный защитный механизм: люди стараются избавиться от тревоги, бессознательно препятствуя тому, чтобы мучительные воспоминания, мысли или импульсы проникали в сознание. Каждый из нас в какой-то мере использует этот защитный механизм, но люди с диссоциативными расстройствами, как считается, подавляют свои воспоминания в чрезмерной степени (Terr, 1988).

С психодинамической точки зрения, диссоциативная амнезия и фуга — это одиночные эпизоды интенсивного вытеснения. В том и другом случае человек бессознательно блокирует воспоминания о каком-то крайне неприятном событии, чтобы избежать мучительной встречи с ним (Noll & Turkington, 1994; Putnam, 1985). Вытеснение может быть единственной защитой человека от сильной тревоги.

Наоборот, диссоциативное расстройство личности, как считается, отражает избыточное вытеснение, длящееся на протяжении всей жизни (Reis, 1993).

Сторонники психодинамической теории полагают, что непрерывное использование вытеснения бывает вызвано какими-то травматическими событиями детства, в особенности насилием со стороны родителей. Дети, получающие подобные травмы, могут испытывать страх перед опасным миром, в котором они живут, и убежать из него, раз за разом надевая на себя маску другого человека, который смотрит на этот мир с безопасного расстояния. Подвергающиеся насилию дети могут также опасаться импульсов, которые, как они полагают, являются причинами их жестоких наказаний. Они могут попытаться быть все время «хорошими» и «послушными» и станут подавлять импульсы, которые считают «плохими» и «опасными». Всякий раз, когда «плохие» мысли или импульсы дают о себе знать, детям кажется, что они должны изгонять и отрицать их, и они бессознательно приписывают все недопустимые мысли, импульсы и эмоции другим личностям.

<Психологические заметки. В книге «Психопатология обыденной жизни» Фрейд предположил, что всем людям свойственно забывать то, что им неприятно, и что у некоторых людей эта способность развита в большей степени, чем у других. Он утверждал, что забывание прошлых событий никак не может быть случайным или произвольным. Переживания детства слишком ярки и сильны, чтобы просто выпасть из памяти.>

Большая часть доказательств психодинамической теории опирается на истории болезни, в которых сообщается о таком варварском обращении с детьми, как избиение, нанесение ножевых ран, причинение ожогов окурками сигарет, запирающие в чулан, изнасилование и грубые словесные оскорбления. Однако биографические данные некоторых людей с диссоциативным расстройством личности, по-видимому, не содержат в себе ничего необычного (Bliss, 1980). Более того, насилие над детьми является намного более распространенным явлением, чем расщепление личности. Почему же тогда этим расстройством страдает лишь малая часть детей, подвергавшихся насилию?

Поведенческий подход.

Бихевиористы полагают, что диссоциация представляет собой реакцию, выработанную посредством оперантного обусловливания. Люди, переживающие какое-то ужасающее событие, могут впоследствии испытывать временное облегчение, когда их мысли переносятся на другие предметы. У некоторых это кратковременное забывание, ведущее к снятию тревоги, повышает вероятность будущего забывания. Одним словом, у них этот акт забывания получает подкрепление, и они, не осознавая самого

процесса научения, научаются тому, что подобные действия помогают им избежать тревоги. Тем самым, подобно психодинамическим теоретикам, бихевиористы рассматривают диссоциацию как избегающее поведение (эскапизм). Но бихевиористы полагают, что отсутствию осознания людьми того, что они используют диссоциацию как средство бегства от действительности, способствует процесс подкрепления, а не бессознательные механизмы защиты.

Как и сторонники психодинамического направления, бихевиористы при аргументации своего взгляда на диссоциативные расстройства в основном полагаются на истории болезни. Подобные описания действительно часто подтверждают эту точку зрения, но они в равной степени согласуются и с другими видами объяснений. Например, случай, который, на первый взгляд, свидетельствует о подкреплении забывания, можно обычно интерпретировать и как пример бессознательного вытеснения.

Вдобавок, поведенческая теория не способна объяснить то, каким образом временное бегство от мучительных воспоминаний перерастает в комплексное расстройство или почему у большей части людей не обнаруживаются симптомы диссоциативных расстройств. Две другие теории, которые делают упор на научение, зависимое от состояния, и аутогипноз, пытаются разрешить некоторые вопросы, остающиеся без ответа в психодинамических и поведенческих объяснениях.

<«Память нельзя сравнивать с чтением книги; скорее, ее можно уподобить написанию книги, создаваемой из фрагментарных заметок». — Джон Ф. Килстрем (Kihlstorm, 1994)>



Рисунок 13.1. Научение, зависимое от состояния. В исследовании Бауэра (Bower, 1981) испытуемые, которые запоминали группу слов, находясь в радостном состоянии, вызванном гипнотическим внушением, при последующем тестировании припоминали слова лучше, если они были в радостном настроении, чем в том случае, когда грустили. Напротив, испытуемые, которые запоминали слова, находясь в грустном настроении, припоминали их лучше в том случае, если они были грустны, чем тогда, когда они испытывали радость.

Научение, зависимое от состояния.

Если люди научаются чему-то, находясь в определенной ситуации или эмоциональном состоянии, они часто припоминают изученное лучше всего, когда снова оказываются в тех же самых условиях. Если они выполняют какое-то учебное задание, находясь, к примеру, в состоянии алкогольного опьянения, то последующее припоминание может быть более успешным, если они вновь будут находиться под воздействием алкоголя (Overton, 1966). Аналогичным образом, если они курят сигареты во время процесса научения, то могут впоследствии лучше припомнить материал, если закурят снова.

Связь между состоянием и припоминанием называют научением, зависимым от состояния. Исследователи заметили, что одним из состояний, оказывающих наибольшее влияние, является настроение (рис. 13.1). Материал, изученный в радостном настроении, припоминается лучше всего, когда испытуемый снова испытывает радость, а изученное в грустном настроении припоминается лучше всего, когда человек грустит (Eich, 1995; Bower, 1981).

Научение, зависимое от состояния — научение, которое связано с условиями, при которых оно происходило, вследствие чего изученное лучше всего припоминается при тех же самых условиях.

Что же является причиной научения, зависимого от состояния? Согласно одному из объяснений, важной составляющей памяти является уровень возбуждения. То есть определенный уровень возбуждения находится в связи с некоторой совокупностью припоминаемых событий, мыслей и навыков. Когда ситуация продуцирует этот вполне определенный уровень возбуждения, человек скорее вспомнит связанную с ним информацию.

Хотя в одних состояниях люди могут запоминать определенные события лучше, чем в других, большинство способно припоминать события, испытывая самую разную степень возбуждения. Однако у людей, предрасположенных к диссоциативным расстройствам, связи между состоянием и памятью могут быть крайне жесткими. Их мысли, память и навыки порой оказываются связаны только с какими-то конкретными состояниями возбуждения. Они могут оказаться способными припомнить прошлые события лишь тогда, когда испытывают состояние возбуждения, почти идентичное тому, в котором они запомнили эти события. К примеру, когда подобные люди находятся в спокойном состоянии, они могут не вспомнить то, что происходило во время неприятных событий, а это, тем самым, создает предпосылки для диссоциативной амнезии или фуги. Точно так же, в случае расщепления личности различные уровни возбуждения могут продуцировать совершенно разные блоки воспоминаний, мыслей и способностей, то есть давать жизнь разным субличностям (Putnam, 1992).

Аутогипноз.

Как мы уже знаем из главы 1, люди, подвергающиеся гипнозу, погружаются в напоминающее сон состояние, в котором они становятся очень внушаемыми. Находясь в этом состоянии, они способны действовать, воспринимать происходящее и мыслить таким образом, который в обычных условиях кажется невозможным. Например, они могут на время ослепнуть, оглохнуть или стать нечувствительными к боли (Fromm & Nash, 1992). Гипноз может также помочь людям вспомнить события, которые произошли и были забыты много лет назад — прием, используемый многими психотерапевтами. И наоборот, гипноз может заставить людей забыть какие-то факты и события или даже данные, касающиеся их личности — эффект, называемый гипнотической амнезией (Alien, Law & Laravuso, 1996; Spanos & Coe, 1992).

Гипнотическая амнезия — потеря памяти, вызванная гипнотическим внушением.

Большинство исследований гипнотической амнезии используют аналогичные процедуры. Испытуемых просят повторять список слов или другой материал до тех пор, пока они не смогут правильно его воспроизвести. Затем, когда испытуемые находятся в загипнотизированном состоянии, их заставляют забыть выученный материал, который они внезапно вспоминают лишь в тот момент, когда раздается сигнал отбоя (например, щелчок пальцами). Эти исследования раз за разом показывают, что во время гипнотической амнезии память оказывается ослабленной, но после того как дается сигнал отбоя, она восстанавливается (Coe, 1989).

Бросается в глаза схожесть гипнотической амнезии и диссоциативных расстройств (Bliss, 1980). Так, в обоих случаях люди забывают определенный материал на какой-то период времени, однако позже припоминают его. Вдобавок, и в том и в другом случае забывание отличается тем, что люди не осознают, что ими было что-то забыто.

Наконец, в обоих ситуациях личностная и конкретная информация забывается легче, чем навыки или универсальные знания. Эти параллели позволили некоторым теоретикам предположить, что диссоциативные расстройства могут быть одной из форм аутогипноза, при котором люди сами себя гипнотизируют, чтобы забыть какие-то неприятные события (Bliss, 1985, 1980; Hilgard, 1977). Например, диссоциативная амнезия может встречаться у людей, которые с помощью аутогипноза заставили себя забыть какие-то ужасающие события, которые недавно произошли в их жизни. Если самоиндуцированная амнезия охватывает все воспоминания человека о его прошлом и его личности, тогда этот человек может пережить диссоциативную Фугу.

Аутогипноз — гипнотизирование самого себя, например для того, чтобы забыть какие-то неприятные события.

Аутогипнозом можно объяснить и диссоциативное расстройство личности. На основании ряда исследований некоторые теоретики пришли к заключению, что диссоциативное расстройство личности часто начинается в возрасте от 4 до 6 лет, в период, когда дети, как правило, очень внушаемы и являются прекрасным объектом для гипнотического воздействия (Kluft, 1987; Bliss, 1985, 1980). Эти теоретики предполагают, что некоторым детям, подвергающимся насилию или переживающим другие ужасающие события, удастся с помощью аутогипноза спастись бегством из угрожающего им мира, мысленно отделив себя от своего тела или реализовав желание стать какой-то иной личностью или личностями.

<Сила гипноза. Эрнест Хилгард с помощью гипноза добивается того, что испытуемые начинают ощущать теплую воду очень холодной или ледяную воду — приятно теплой. Исследования гипнотической амнезии убедили многих клиницистов, что диссоциативные расстройства являются одной из разновидностей аутогипноза.>

Крупным планом

Странные особенности памяти

Обычно, прежде чем проблемы с памятью сочтут расстройствами, они должны начать серьезно сказываться на нашем функционировании. Но особенности памяти играют заметную роль в нашей повседневной жизни, и иногда они могут вызывать тревогу. Исследователи памяти Ричард Нолл и Кэрол Теркингтон (Noll & Turkington, 1994) указывают на ряд особенностей, некоторые из которых нам хорошо знакомы, некоторые приносят нам пользу, некоторые загадочны, но ни одну из которых нельзя считать аномальной.

Рассеянность. Мы часто не можем зафиксировать информацию, поскольку наши мысли направлены на другие предметы. При рассеянности мы совершенно не способны сосредоточиться на поступающей информации, поэтому и не можем ее припомнить впоследствии.

«Уже виденное» (*deja vu*). Почти у всех нас порою возникает странное ощущение, что мы знаем место, в котором оказались впервые. Мы почти уверены, что уже бывали там ранее.

«Никогда не виденное» (*jamais vu*). Иногда у нас возникает противоположное ощущение: ситуация или место, являющиеся непреложной частью нашей повседневной жизни, внезапно начинают казаться нам незнакомыми. «Я знал, что это мой автомобиль, но мне показалось, что я никогда не видел его раньше».

Феномен «вертится на кончике языка». Мы говорим, что какое-то слово или факт вертятся на кончике языка, когда нас пронизывает «ощущение знакомства» с ними: мы не способны их припомнить, хотя нам известно, что мы их знаем.

Эйдетические образы. Некоторые люди удерживают настолько четкий образ увиденных предметов, что могут описать какую-то картину во всех подробностях, после того как посмотрели на нее всего лишь раз. Этот образ может быть отражением какого-то изображения, события, фантазии или сна.

Память во время наркоза. Некоторые люди, находящиеся под наркозом, могут воспринимать значительную часть того, что говорится во время хирургической операции, в результате чего услышанное начинает влиять на них после пробуждения. В данном случае у пациента сохраняется способность понимать услышанное во время наркоза, пусть даже он не может впоследствии точно припомнить текст.

Музыкальная память. Будучи еще ребенком, Моцарт мог запоминать и воспроизводить музыкальную пьесу, после того как слышал ее всего лишь раз. Хотя никому еще не удалось сравниться с Моцартом, многие музыканты способны мысленно проигрывать целое музыкальное произведение, поэтому они могут «репетировать» где угодно, даже не имея под рукой инструментов.

Зрительная память. У большинства людей лучше всего развита зрительная память: они могут без труда мысленно представлять какие-то места, объекты, лица, страницы книги. Они почти никогда не забывают лицо человека, однако могут легко забыть его имя. У других людей лучше развита вербальная память: они запоминают звуки или слова, и им быстро приходят на память каламбуры или рифмованные строки.

Пренатальная память (память о событиях до рождения). Некоторые североамериканские шаманы утверждают, что помнят эпизоды своего пренатального существования — способность, которую, на их взгляд, утратили «обычные» люди. Многие практикующие буддисты заявляют, что помнят свои прошлые жизни, а некоторые — включая самого Будду — помнят свое самое первое существование.

Резюме

Понимание диссоциативных расстройств пока еще оставляет желать лучшего. Среди факторов, называемых в качестве их возможных причин, — избыточное вытеснение, оперантное обусловливание, научение, зависимое от состояния, и аутогипноз. Последние два фактора начинают вызывать интерес у ученых-клиницистов. Согласно теории научения, зависимого от состояния, мысли, память и навыки людей, страдающих диссоциативными расстройствами, связаны только с теми состояниями возбуждения, которые имели место, когда впервые появились эти мысли или когда в памяти отложилась какая-то информация. Согласно теории аутогипноза, люди с диссоциативными расстройствами сами себя гипнотизируют, чтобы забыть какие-то ужасающие события, произошедшие в их жизни.

Методы лечения диссоциативных расстройств.

Как мы уже видели, случаи диссоциативной амнезии и фуги часто завершаются сами собой. Лишь иногда они затягиваются и требуют врачебного вмешательства (Lyon, 1985). Напротив, случаи расщепления личности обычно требуют лечения, если необходимо, чтобы у людей, страдающих этим расстройством, восстановилась память и чтобы они стали целостной личностью. Лечение диссоциативной амнезии и фуги, как правило, проходит более успешно, чем лечение диссоциативного расстройства личности.

Методы лечения диссоциативной амнезии и фуги.

Основными методами лечения при диссоциативной амнезии и фуге являются гипнотерапия, психодинамическая и медикаментозная терапия. Терапевты психодинамического направления предлагают пациентам с этими расстройствами предаваться свободным ассоциациям и исследовать свое бессознательное с целью возвращения в сознание забытых переживаний (Loewenstein, 1991). Характер психодинамической терапии, по-видимому, особенно хорошо соответствует потребностям людей с диссоциативными расстройствами. Ведь пациентам необходимо восстановить утраченные воспоминания, а психодинамические терапевты, как правило, пытаются оживить воспоминания — а также другие психологические процессы, — которые были вытеснены. Поэтому многие теоретики, включая, кстати, и тех, кто обычно не жалуется психодинамические подходы, считают, что психодинамическая терапия может быть наиболее подходящим и эффективным методом лечения этих расстройств.

Еще один распространенный метод лечения диссоциативной амнезии и фуги — гипносуггестивная терапия, или гипнотерапия. Терапевты погружают пациентов в состояние транса, а затем помогают им вспомнить забытые события (Spiegel, 1994; MacHovek, 1981). Если, как полагают некоторые теоретики, диссоциативная амнезия и fuga связаны с аутогипнозом, тогда гипнотерапия может быть особенно эффективна при лечении этих расстройств. Она применяется как изолированно, так и в сочетании с другими подходами.

Гипносуггестивная терапия — метод лечения, при котором человека вводят в состоянии гипноза, а затем помогают ему вспомнить забытые события или выполнить какие-то другие терапевтические действия. Другое название — гипнотерапия.

Иногда, чтобы помочь пациентам с диссоциативной амнезией и фугой восстановить утраченные воспоминания, используются внутривенные инъекции барбитуратов, таких как амибарбитал (амитал) натрия (sodium amobarbital) или пентобарбитал (пентотал) натрия (sodium pentobarbital) (Ruedrich et al., 1985). Эти лекарства часто называют «сывороткой правды», но основой их эффективного действия является способность данных препаратов успокаивать людей и снимать их защитные механизмы, тем самым помогая им вспомнить забытые события (Kluft, 1988; Perry & Jacobs, 1982). Однако и амитал натрия и пентотал натрия достаточно часто не оказывают нужного действия (Spiegel, 1994), а когда они все-таки помогают людям вспомнить прошлые события, пациенты могут забывать многое из того, что они говорили, находясь под воздействием лекарства. По этим причинам медикаментозную терапию, если она все же используется, как правило, сочетают с другими лечебными подходами.

Методы лечения диссоциативного расстройства личности.

В отличие от людей с диссоциативной амнезией и фугой, те, кто страдает

диссоциативным расстройством (расщеплением) личности, редко выздоравливают в отсутствие лечения (Spiegel, 1994). Подобно самому расстройству, его лечение носит комплексный характер и сопряжено с трудностями. Терапевты обычно пытаются помочь пациентам (1) полностью осознать свое расстройство, (2) восстановить пробелы в своей памяти и (3) объединить свои субличности в одну (Spiegel, 1994; Kluft, 1992, 1991, 1983).

Осознание расстройства

Как только поставлен диагноз диссоциативного расстройства личности, терапевты, как правило, стараются установить связь с ведущей личностью и с каждой из субличностей (Kluft, 1992). В целом, такие связи установить непросто, учитывая насилие, которому подвергался человек в прошлом, и его недоверие к окружающим. Пациенты с расщеплением личности, как правило, плохо осознают всю тяжесть своего расстройства. Мысль, что в них уживается несколько личностей, может казаться им столь же нелепой, какой она представляется окружающим. Поэтому на первом этапе лечения может оказаться необходимым просветить пациентов в отношении их расстройства (Alien, 1993). Некоторые терапевты даже знакомят субличностей друг с другом во время гипноза (Ross & Gahan, 1988; Sakheim, Hess & Chivas, 1988). Многие терапевты также заметили, что просвещению пациентов помогает групповая терапия. Нахождение среди людей, каждый из которых страдает диссоциативным расстройством личности, помогает человеку избавиться от чувства изолированности (Buchele, 1993; Becker & Comstock, 1992). Программу лечения часто дополняют семейной терапией, чтобы просветить супругов и детей в отношении расстройства и собрать полезную информацию о пациентах (Porter, Kelly & Grame, 1993).

<Вопросы для размышления. Гипноз часто используется терапевтами для того, чтобы помочь оживить забытые воспоминания, скрытые мотивы и потребности. Но гипнотерапевты могут применять эту технику внушения и для того, чтобы вызвать у пациента какие-то желания или эмоции и заставить его совершить какие-то действия. Как гипнотизеры могут определить, когда они раскрывают какое-то завуалированное состояние сознания пациента, а когда сами вызывают его?>

Восстановление памяти

Чтобы помочь пациентам восстановить утраченные фрагменты их прошлого, терапевты используют подходы, применяемые при других диссоциативных расстройствах, в том числе психодинамическую терапию, гипнотерапию и лечение амобарбиталом натрия (Smith, 1993; Kluft, 1991, 1983). В случае пациентов с диссоциативным расстройством личности действие этих приемов носит замедленный характер, так как одни субличности могут отрицать события, которые припоминают другие (Lyon, 1992). Некоторые пациенты даже становятся агрессивными и начинают причинять вред самим себе, когда им пытаются помочь вспомнить определенные события (Kelly, 1993; Lamberti & Cummings, 1992).

Объединение субличностей

Конечная цель терапии — добиться интеграции различных субличностей. Интеграция представляет собой длительный процесс, который протекает на протяжении всего курса лечения, пока пациенты не «признают своими» все действия, эмоции, ощущения и знания субличностей. Окончательное объединение двух или более субличностей называют слиянием. Многие пациенты не верят в возможность осуществления этой конечной цели лечения, и их субличности могут рассматривать интеграцию, как разновидность смерти (Spiegel, 1994; Kluft, 1991, 1988). Одна субличность выразилась следующим образом: «Быть во множественном числе очень выгодно. Может быть, терапевты просто хотят нас надуть» (Hale, 1983). Терапевты используют множество подходов, чтобы добиться объединения личностей, включая психодинамическую, поддерживающую, когнитивную и медикаментозную терапии (Gildman, 1995; Fichtner et al., 1990).

Слияние — окончательное объединение двух или более субличностей при диссоциативном расстройстве личности.

Как только удалось объединить субличности, необходима дальнейшая терапия для фиксации целостной личности и привития социальных и трудовых навыков, которые могут помочь предотвращению последующих диссоциаций (Fink, 1992). В отчетах о проведенном лечении некоторые терапевты сообщают о высоком проценте выздоровевших (Kluft, 1993, 1984; Wilbur, 1984), тогда как другие обнаруживают, что пациенты продолжают сопротивляться полной и окончательной интеграции. Ряд терапевтов даже сомневается в необходимости полной интеграции.

Резюме

Диссоциативная амнезия и фуга могут завершиться сами собой или могут требовать врачебного вмешательства. Диссоциативное расстройство (расщепление) личности, как правило, требует лечения. Подходами, обычно используемыми для того, чтобы помочь пациентам с диссоциативной амнезией и фугой восстановить утраченные воспоминания, являются: психодинамическая терапия, гипнотерапия и лечение амобарбиталом натрия или пентобарбиталом натрия. Терапевты, лечащие людей с диссоциативным расстройством личности, используют те же подходы и чаще всего пытаются помочь пациентам осознать тяжесть и характер своего расстройства, восстановить пробелы в памяти и интегрировать субличности в одну личность.

Органические расстройства памяти.

Определенные нарушения памяти бывают вызваны явными органическими причинами, в число которых входят черепно-мозговые травмы, органические заболевания и неправильное применение лекарственных препаратов. Различают два вида органических расстройств памяти. Амнестические расстройства затрагивают главным образом память, тогда как деменции влияют и на память, и на другие когнитивные функции. Прежде чем переходить к обсуждению органических расстройств памяти, нам необходимо понять некоторые из базовых биологических механизмов памяти.

Биология памяти.

Многое из того, что известно о биологии памяти, получено в ходе исследований на людях с повреждениями определенных участков головного мозга. Важная информация была собрана также с помощью экспериментов, в ходе которых хирургическим или химическим путем повреждали головной мозг животных, а затем наблюдали, как скажутся эти действия на припоминании старой информации и приобретении новых навыков. Кроме того, исследования в области молекулярной биологии проливают свет на специфические изменения, которые могут происходить в клетках головного мозга при формировании памяти.

Системы памяти

Различают две системы человеческой памяти, которые работают сообща, помогая нам изучать новое и вспоминать старое. Кратковременная, или рабочая, память собирает новую информацию. Долговременная память аккумулирует всю информацию, которую мы собрали за многие годы и которая впервые проникла в наше сознание благодаря системе кратковременной памяти. Информация, хранимая в кратковременной памяти, должна быть преобразована, или объединена, в долговременную память, если мы собираемся ее в дальнейшем использовать. Это преобразование обычно происходит в виде отдельных шагов. Когда кратковременная информация становится частью долговременной памяти, говорят, что она кодируется. Припоминание информации, хранимой в долговременной памяти, включает в себя восстановление (retrieval) — проникновение в свою долговременную память, с тем чтобы снова использовать ее содержимое в кратковременной, или рабочей, памяти (NLMH, 1996).

Кратковременная память — система памяти, которая собирает новую информацию. Другое название — рабочая память.

Долговременная память — система памяти, которая хранит всю информацию, собранную человеком за многие годы.

Информацию в долговременной памяти можно классифицировать либо как процедурную, либо как декларативную. Процедурная память — это усвоенные нами приемы, которые мы выполняем, не испытывая необходимости их обдумывать, такие как ходьба, резание ножницами или письмо. Декларативная память состоит из имен, дат и других фактов, которые были нами усвоены. Большинство органических расстройств памяти затрагивает декларативную память в гораздо большей степени, чем процедурную.

Процедурная память — усвоенные приемы, которые человек выполняет, не испытывая необходимости их обдумывать.

Декларативная память — усвоенная информация, например, имена, даты и другие факты.

Анатомия памяти

Память трудно локализовать. Исследователи пытались определить место, где хранятся воспоминания, но пришли к выводу, что подобного хранилища не

существует. В настоящий момент они рассматривают память как процесс, лишенный локальной привязки, — как деятельность, которая связана с изменениями в клетках всего головного мозга. В исходной точке этого процесса память приводится в действие и начинает функционировать. Время от времени процесс припоминания приводит к ошибкам памяти, но чаще всего он осуществляется очень эффективно.

По-видимому, определенные участки мозга играют особо важную роль в кратковременной и долговременной памяти. Среди участков, наиболее важных для функционирования кратковременной памяти, — предлобные доли (передние части лобных долей), примыкающие к лобной кости (Goleman, 1995). Когда животные или люди усваивают новую информацию, активизируются нейроны в их предлобных долях (Naxby et al., 1996). Очевидно, эта активация позволяет удерживать информацию в течение какого-то времени и продолжать работать с этой информацией столько, сколько необходимо.

Предлобные доли — участки головного мозга, которые, среди прочих функций, играют ключевую роль в кратковременной памяти.

<Психологические заметки. К веществам, которые могут временно ухудшать память, относятся: алкоголь, успокоительные и снотворные препараты, соединения брома, антидепрессанты, обезболивающие средства, лекарства от гипертонии, инсулин, лекарства от морской болезни, антигистаминные и антипсихотические препараты (Noll & Turkington, 1994).>

Среди участков мозга наиболее важными для функционирования долговременной памяти являются височные доли, включая гиппокампус (hippocampus) и миндалевидное тело (amygdala), ключевые структуры, расположенные под височными долями, а также промежуточный мозг, включая сосцевидные тела (mammillary bodies), таламус (thalamus) и гипоталамус (hypothalamus). Эти области, по-видимому, способствуют преобразованию кратковременной памяти в долговременную (Searleman & Hermann, 1994). Случаи органической потери памяти часто связаны с повреждением одного или нескольких из этих участков (Aggleton & Shaw, 1996).

<Отсутствующие фрагменты. Эти автопортреты, написанные немецким художником Антоном Редершайдтом (Roderscheidt) после инсульта, который вызвал временную атрофию его правой теменной доли, показывают значимость памяти и внимания. На автопортрете, сделанном художником вскоре после инсульта, отсутствует половина его лица (вверху слева). Через девять месяцев к Редершайдту вернулись когнитивные навыки и он смог дополнить рисунок всеми необходимыми деталями (внизу справа).>

Височные доли — участки головного мозга, которые, среди прочих функций, играют ключевую роль в преобразовании кратковременной памяти в долговременную.

Промежуточный мозг — отдел головного мозга (состоящий из сосцевидных тел, таламуса и гипоталамуса), играющий ключевую роль в преобразовании кратковременной памяти в долговременную.

Патология и искусство

«Вы — музыка, пока музыка звучит»

Клейтон С. Коллинз

Оливер Сакс (Sacks) (известный невропатолог и писатель) танцевал под музыку «Грейтфул Дед». Целых три часа. Ему 60. И у него «повреждены оба колена»...

Сила музыки — способной «возвращать к жизни» людей, потерявших навыки движения и речи в результате неврологических нарушений и расстройств, — вот что поддерживает Сакса в последнее время. Автор многих известных произведений (Migraine, A Leg to Stand On, The Man Who Mistook His Wife for a Hat, Seeing Voices и Awakenings)... работает над очередной книгой, посвященной реальным случаям болезни, — книгой, в которой говорится среди прочего и о роли музыки как стимула для людей, отбросивших жесткие сенсорные барьеры...

«Начинаешь понимать, насколько благотворна музыка с точки зрения неврологии, — говорит Сакс. — Вы можете полностью утратить какую-то способность, но у вас остается музыка и ваша идентичность»...

Многое из того, с чем ему пришлось столкнуться, в частности, работая с пациентами в больнице «Бет Абрахам» (Дом Авраама) в нью-йоркском Бронксе... имеет отношение к музыке.

«Я видел пациентов, которые были не способны сделать ни шага, но могли танцевать, — говорит он. — Попадались пациенты, которые не могли говорить, но им удавалось петь. Музыка действовала на этих пациентов мгновенно... из паралитиков они превращались в людей, способных свободно и плавно передвигаться и говорить».

Сакс вспоминает женщину с болезнью Паркинсона, которая сидела абсолютно неподвижно, пока ее не «приводила в действие» музыка Шопена, которую она любила и знала наизусть. Ей не нужно было слышать звучащую мелодию. «Иногда было достаточно назвать ей номер произведения, — говорит Сакс. — Вы говорили всего лишь: «Опус 49», и в ее голове начинала звучать «Фантазия» фа-минор. И она могла двигаться...»

«На музыку реагируют люди с тяжелой деменцией, на музыку реагируют младенцы, вероятно, на музыку реагируют и эмбрионы. На музыку реагируют многие животные, — думает Сакс. — По-видимому, в нервной системе животных заложено что-то такое... что позволяет им реагировать на музыку», — говорит Сакс, описывая случай пациента с дефектом лобных долей мозга.

«Когда он поет, у вас появляется странное чувство, что [музыка] восстанавливает деятельность его лобных долей, возвращает ему на время некоторые функции, которые были утрачены из-за органического заболевания, — говорит Сакс, добавляя цитату из Т. С. Элиота: «Вы — музыка, пока музыка звучит».

Воздействие музыкальной терапии кратковременно. Сакс делает, что может.

«Заставить расслабленного человека собраться на минуту — уже чудо. А если на полчаса — чудо во много раз большее...»

Ключ к успеху, говорит Сакс, в том, чтобы больные снова «научились быть здоровыми». Музыка может помочь им восстановить личность, которая была у них до болезни.

<Музыкальное пробуждение. В течение многих лет Оливер Сакс лечит неврологические расстройства с помощью нетрадиционных приемов, начиная с медитации и кончая музыкой «Грейтфул Дед».>

«В музыке — здоровье, в музыке — жизнь»... Музыка исцеляла в течение многих тысяч лет. «Просто сейчас она исследуется более систематически и применительно к этому специфическому контингенту».

Грег страдал амнезией; у него была опухоль головного мозга и он плохо помнил все, что происходило, начиная примерно с 1969 года, — зато помнил в деталях события предшествующих лет и по-настоящему любил композиции «Грейтфул Дед».

Сакс взял Грега на концерт группы. «В первом отделении они играли свою раннюю музыку, и Грег был очарован буквально всем, — вспоминает Сакс. — В тот момент у него не было амнезии. Он прекрасно ориентировался, был собран и чувствовал себя в своей тарелке». В антракте Сакс прошел за кулисы и представил Грега участнику ансамбля Мики Харту, который был поражен знаниями Грега о группе, но пришел в удивление, когда Грег спросил о Пигпене. Узнав, что бывший участник ансамбля умер 20 лет назад, «Грег очень расстроился, — вспоминает Сакс. — Но через 30 секунд задал вопрос: «А как дела у Пигпена?»».

Во втором отделении группа играла свои новые песни. И мир Грега начал рассыпаться на части. «Он был одновременно изумлен, заморожен и напуган. Так как музыка была ему — а он настоящий меломан, понимающий смысл идиомы «Грейтфул Дед» — и знакома, и незнакома... Он сказал: «Это похоже на музыку будущего».

Сакс попытался помочь Грегу сохранить воспоминания о только что увиденном. Но на следующий день тот уже ничего не помнил о концерте. Казалось, все было безвозвратно утрачено. «Но — и это удивительно — когда кто-то играл одну из мелодий, впервые услышанных им на концерте, он мог подпевать и помнить ее».

Такое развитие событий обнадеживает... Установлено, что дети быстро усваивают уроки, сопровождающиеся пением. Сакс, некогда бесстрастный исследователь, воодушевлен этими возможностями. Он пытается понять, не может ли музыка нести в себе определенную информацию, вернуть его пациентам утраченные части их жизни, позволить Грегу «ощутить то, что происходило в последние 20 лет — в годы, выпавшие из его биографии».

Вот что заставляло Сакса танцевать в проходе зрительного зала (заимствовано из Profile, журнала компании Continental Firlines, февраль 1994).

Биохимия памяти

Каким же образом клетки этих ключевых участков мозга формируют и хранят воспоминания? Хотя пока еще никто не обнаружил энграмму (engram) — явственные физические изменения в клетке, которые отвечают за процессы памяти, — нам многое уже известно об электрических и химических основах научения и памяти. Одно из поразительных открытий — выявление роли, которую может играть долговременное потенцирование (Martinez & Derrick, 1996; Bliss & Gardner, 1973). Очевидно, повторная стимуляция нервных клеток головного мозга увеличивает вероятность того,

что они активно прореагируют на стимуляцию в будущем. Этот эффект является достаточно длительным (отсюда и термин «долговременное потенцирование») и может быть ключевым механизмом в формировании памяти. Представьте себе множество лыжников, съезжающих вереницей вниз по заснеженному склону и образующих лыжню, которую затем могут легко обнаружить другие. Возможно, что долговременное потенцирование образует своего рода колею, которая помогает формированию воспоминаний, так что человек впоследствии с большей легкостью отыскивает необходимую информацию, следуя по одной и той же проложенной ею «тропе».

Долговременное потенцирование — повышение вероятности того, что нейрон активно прореагирует на будущую стимуляцию, после того как у него неоднократно было вызвано раздражение.

Исследователи памяти также выявили биохимические изменения в клетках, которые способствуют формированию памяти (Rosenzweig, 1996; Noll & Turkington, 1994). Наиболее важным является следующий процесс: когда усваивается новая информация, в ключевых клетках головного мозга образуются белки (протеины). За производство белков отвечают несколько химических веществ, в том числе ацетилхолин, глутамат, РНК (рибонуклеиновая кислота) и кальций. Если нарушается действие любого из этих веществ, производство белков может быть прекращено, а формирование памяти — прервано (Martinez & Derrick, 1996; Rosenzweig, 1996).

Например, когда исследователи блокируют действие глутамата, они препятствуют и долговременному потенцированию, и функционированию кратковременной памяти. Аналогичным образом, когда они блокируют производство клеткой РНК или выделение кальция, прерывается формирование долговременной памяти.

Все эти открытия позволяют предположить, что память формируется в результате изменений, происходящих внутри нервных клеток, и в процессе их взаимодействия. После этого обзора биологии памяти мы можем перейти к органическим расстройствам, которые затрагивают память и другие когнитивные функции, — к амнестическим расстройствам и деменциям.

Амнестические расстройства.

Ретроградной амнезией называют потерю памяти на события, которые происходили до события, вызвавшего амнезию. Антероградная амнезия — это стойкая неспособность припоминать новую информацию, полученную после такого события. Как мы уже отмечали, люди с диссоциативной амнезией, как правило, страдают ретроградной амнезией, а антероградная амнезия бывает у них очень редко. Однако амнестические расстройства, органические расстройства, основным симптомом которых является потеря памяти, носят совершенно иной характер (см. Контрольный перечень DSM-IV в Приложении). Люди с определенными видами амнестических расстройств иногда страдают ретроградной амнезией, но у них почти всегда отмечается антероградная амнезия (табл. 13.1).

Ретроградная амнезия — потеря памяти на события, которые происходили до события, вызвавшего амнезию.

Антероградная амнезия — неспособность запоминать новую информацию, предъявлявшуюся после события, вызвавшего амнезию.

Амнестические расстройства — органические расстройства, основным симптомом которых является потеря памяти.

По-видимому, при антероградной амнезии информация из кратковременной памяти не может более переноситься в долговременную память. Неудивительно, что антероградная амнезия, наблюдаемая при амнестических расстройствах, часто является следствием повреждения височных долей или промежуточного мозга, участков, несущих основную ответственность за преобразование кратковременной памяти в долговременную.

При тяжелых формах антероградной амнезии новые знакомые забываются почти мгновенно, а за проблемы, решенные сегодня, приходится браться уже на следующий день. Люди могут не помнить ничего из того, что происходило после начала их органического расстройства. Например, пациент средних лет, получивший травму или заболевший более 20 лет назад, может по-прежнему считать, что Джимми Картер — президент США. При этом больной антероградной амнезией может сохранять все вербальные навыки и многие практические способности, и амнезия не отражается на его IQ.

<Вопросы для размышления. У большинства людей бывают ситуации, когда их память начинает выкидывать странные фокусы, например, мы можем забыть, зачем

мы что-то делаем, прибыть в какое-то место и оказаться не в состоянии вспомнить подробности поездки, забыть о важном свидании или событии, испытать трудности с припоминанием имени какого-то человека или того, откуда нам кто-то известен, или забыть событие, которое, похоже, помнят все остальные. Какие виды проблем памяти могут иметь место в каждом из этих случаев?>

Синдром Корсакова

Фред, 69-летний мужчина, был доставлен в психиатрическую больницу в состоянии помрачения сознания, одним из проявлений синдрома Корсакова, амнестического расстройства, страдающие которым постоянно забывают только что почерпнутую информацию (антероградная амнезия), хотя их общие знания и интеллектуальные способности остаются неизменными:

Фред... страдал запоями в течение долгого времени, хотя и отрицал, что пил в последние несколько лет. Когда пациента доставили в приемное отделение, он был аккуратно одет но в его поведении наблюдалась определенная деградация. Хотя он держался вежливо и дружелюбно по отношению к дежурному врачу и персоналу отделения, было видно, что его сознание помрачено. Он бродил по отделению, исследовал предметы и примерял на себя одежду других людей. Он говорил в непринужденной манере, хотя его речь и отличалась сбивчивостью, а временами становилась невразумительной. Большая часть его спонтанных разговоров была посвящена его собственной личности, и он высказал несколько ипохондрических жалоб. Фред был дезориентирован в отношении времени и места происходящих событий, хотя и сумел назвать свое имя. Он не смог правильно назвать свой адрес, сказал, что ему 91 год, и не ответил на вопрос, какой сейчас день, месяц и год. Он не знал, где находится, хотя и сказал, что его направил сюда хозяин дома, в котором он жил, потому что он много пил.

Он признал, что был арестован за драку и пьянство, но сказал, что у него никогда не было приступов белой горячки. У Фреда проявились симптомы, характерные для синдрома Корсакова, — дезориентация, помрачение сознания и сильная склонность к конфабуляции. Когда его спросили, где он сейчас находится, Фред ответил, что на пивоваренном заводе, и указал адрес пивоваренного завода, но когда ему задали тот же вопрос через несколько минут, он назвал другой пивоваренный завод. Он сказал, что знает дежурного врача, назвал его чужим именем, а чуть позже изменил это имя на следующее. Покидая приемную, Фред назвал врача уже третьим именем, вежливо сказав: «До свидания мистер Вулф!» (Kisker, 1977, p. 308.)

Как мы уже говорили, синдром Корсакова развивается приблизительно у 5% людей с хроническим алкоголизмом (см. главу 10). Непомеренное употребление алкоголя вкупе с неадекватным питанием вызывает недостаток витамина B1 (тиамина), что приводит к повреждению отдельных участков промежуточного мозга. Люди с этим расстройством утрачивают главным образом память на декларативные знания; они по-прежнему способны усваивать новые процедурные знания, например, способ решения какой-нибудь задачи, а также сохраняют свои речевые навыки (Verfaellie et al., 1990). Этим можно объяснить, почему пациенты с синдромом Корсакова часто конфабулируют. Подобно Фреду, они, используя свои общие интеллектуальные и речевые навыки, придумывают запутанные истории и лгут, с тем чтобы восполнить пробелы памяти, которую они продолжают терять.

Синдром Корсакова — амнестическое расстройство, вызванное хроническим алкоголизмом, связанным с ним плохим питанием и, как следствие, недостатком витамина B1 (тиамина).

Пациенты с синдромом Корсакова страдают не только тяжелой антероградной амнезией, но и определенной формой ретроградной амнезии. Им бывает трудно восстановить в памяти события тех лет, которые непосредственно предшествовали началу болезни, хотя они и могут помнить события более отдаленного прошлого (Albert et al, 1979). Этот синдром может также затронуть личность. Агрессивные и крикливые люди часто становятся более спокойными и пассивными по мере развития болезни.

Черепно-мозговые травмы и нейрохирургические операции

Амнестические расстройства могут быть вызваны как черепно-мозговыми травмами, так и нейрохирургическими операциями на головном мозге (Noll & Turkington, 1994). В телешоу и кинофильмах удары по голове изображаются как быстрый и легкий способ потерять свою память. В действительности после легких черепно-мозговых травм — таких как сотрясение мозга, которое не приводит к потере сознания, — у людей редко бывают большие пробелы в памяти, а те пробелы, которые все-таки

появляются, обычно исчезают через несколько дней или, самое большее, месяцев (Levin et al., 1987; McLean et al., 1983). Напротив, почти половина всех тяжелых черепно-мозговых травм становится причиной ряда хронических проблем с обучением и памятью, как антероградных, так и ретроградных. Когда воспоминания наконец возвращаются, более ранние, как правило, возвращаются первыми (Scarlemén & Herrmann, 1994).

Операции на головном мозге могут вызвать более специфические проблемы с памятью. Наиболее известный случай потери памяти в результате операции на головном мозге произошел с Х. М., мужчиной, настоящее имя которого держится в тайне в течение нескольких десятилетий (Ogden & Corkin, 1991; Corkin, 1984, 1968; Milner, 1971). Х. М. страдал эпилепсией, расстройством, которое вызывало судороги в его височных долях. Чтобы снять эти симптомы, врачи удалили часть его височных долей вместе с миндалевидным телом и гиппокампусом. В то время не была известна та роль, которую играют эти участки мозга в формировании памяти. (Сегодня операции на височных долях обычно ограничиваются операциями либо на правой, либо на левой сторонах мозга.) Х. М. страдает тяжелой антероградной амнезией начиная с 1953 года, когда ему была сделана операция. Он не способен узнавать никого из тех, с кем впервые встретился после операции.

Таблица 13.1. Сравнительная характеристика расстройств памяти

	Антероградная (непрерывная) амнезия	Ретроградная (локализованная, селективная и генерализованная) амнезия	Потеря декларативной памяти	Потеря процедурной памяти	Органические причины
Диссоциативная амнезия	иногда	да	да	иногда	нет
Диссоциативная фуга	иногда	да	да	иногда	нет
Диссоциативное расстройство личности	да	да	да	да	нет
Амнестические расстройства	да	иногда	да	иногда	да
Деменции	да	да	да	да	да

Другие амнестические расстройства

Другие биологические факторы также могут вызывать повреждение участков головного мозга, играющих ключевую роль в памяти. К таковым относятся: сосудистые заболевания, которые влияют на приток крови к головному мозгу (Gorelick et al., 1988); сердечные приступы, в результате которых прекращается приток кислорода к головному мозгу (Volpe & Hirst, 1983); и некоторые инфекционные болезни (Hokkanen et al., 1995). Каждый из этих факторов может стать причиной различных амнестических расстройств.

Деменции.

Деменции, синдромы, также характеризующиеся потерей памяти, иногда трудно отличить от амнестических расстройств. Однако при деменции серьезные нарушения памяти сочетаются с утратой по меньшей мере еще одной когнитивной функции, например, абстрактного мышления или речи (APA, 1994). Кроме того, у людей с определенными формами деменции могут наблюдаться изменения личности — к примеру, они могут начать вести себя неадекватным образом — и их симптомы могут становиться все более тяжелыми.

Деменции — органические синдромы, характеризующиеся серьезным расстройством памяти и по крайней мере еще одной когнитивной функции.

У большинства из нас бывают моменты, когда мы начинаем опасаться, что теряем свою память или другие умственные способности. Возможно, мы высказываем за дверь, забыв взять с собой ключи. Возможно, встречаем знакомого человека и не можем вспомнить его имя, или в середине продолжительного теста наша голова вдруг оказывается совершенно пустой (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). В такие моменты нам может показаться, что у нас начинается деменция. В действительности

же подобные казусы — вполне обычное явление и, как правило, представляют собой нормальную часть процесса старения. У человека средних лет с годами учащаются проблемы с памятью и ослабевают внимание — трудности, которые могут стать регулярными к 60-70 годам. Однако иногда у людей наблюдаются такие изменения памяти и других когнитивных функций, которые носят обширный и избыточный характер. Эти люди, подобно Харри, страдают деменцией (рис. 13.2).

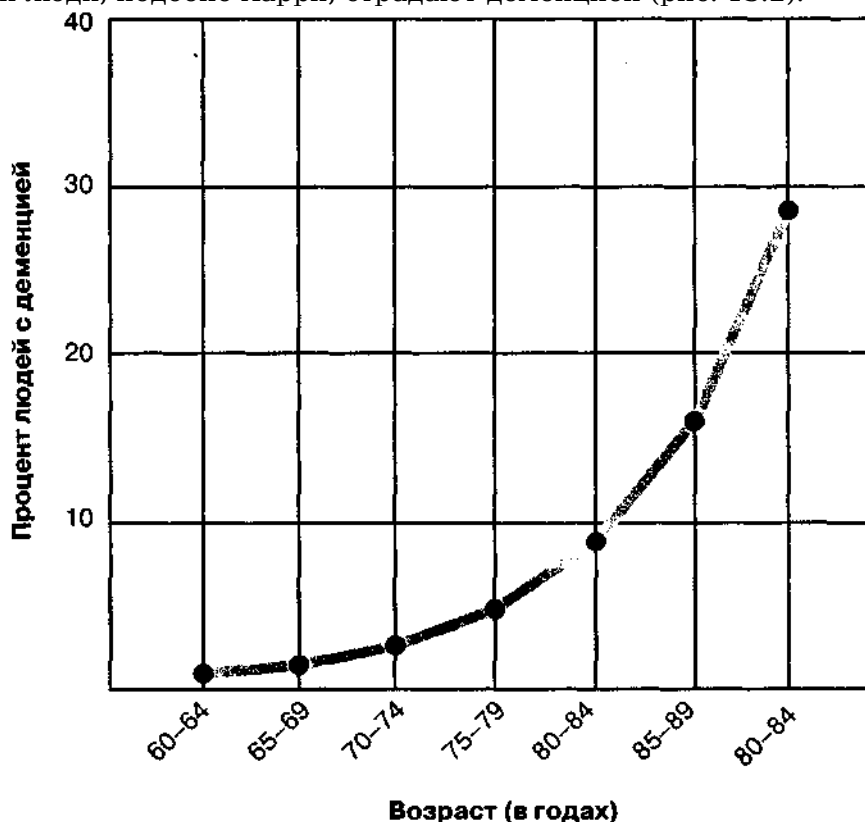


Рисунок 13.2. Деменция и возраст. Распространенность деменции тесно связана с возрастом. Деменцией страдает менее 1% всех 60-летних, в сравнении с 29% тех, кому 90. После 60 лет частота деменции удваивается каждые шесть лет вплоть до 90-летнего возраста; затем этот рост уменьшается. (Ritchie et al., 1992.)

Казалось, что здоровье 58-летнего Харри было в полном порядке... Он работал на муниципальном водоочистном предприятии в небольшом городе, и именно на работе у него впервые обнаружились явные признаки психической болезни.

В ходе устранения последствий одной небольшой аварии он перепутал порядок управления рычагами, контролировавшими поток жидкости. В результате несколько галлонов неочищенных стоков оказались спущенными в реку. Харри всегда был полезным и прилежным работником, поэтому после непродолжительного разбирательства его ошибка была приписана гриппу и ей не придали серьезного значения.

Несколько недель спустя Харри вернулся домой с готовой выпечкой, которую жена попросила его купить, — забыв, что он приносил домой точно такую же выпечку двумя днями раньше. Далее на той же неделе два вечера подряд он отправлялся на машине забрать свою дочь из ресторана, где та работала, очевидно забыв, что она перешла в другую смену и теперь работает в дневное время. Через месяц после этого он, что было для него совершенно нехарактерно, начал спорить с клерком в телефонной компании. Харри пытался оплатить счет, за который уже заплатил три дня назад...

Шли месяцы, и жена Харри начала выходить из себя. На ее глазах состояние мужа ухудшалось. Она не только не могла добиться от него помощи по дому, но эти попытки вызывали у Харри негодование, а иногда и подозрение. Он настаивал, что с ним все в порядке, и супруга замечала, как он следит за каждым ее шагом... Иногда он начинал злиться — внезапные кратковременные вспышки без видимой причины... Но самой большей проблемой для жены стало его многословие: он часто повторял истории прошлых лет, а иногда произносил по несколько раз отдельные фразы из более свежих бесед. Его выбор тем был лишен контекста и не отличался последовательностью...

Через два года после того как Харри впервые допустил утечку стоков, его уже было трудно узнать. Большую часть времени он выглядел чем-то озабоченным; на его лице обычно была дурашливая улыбка, а те немногие слова, что он произносил, настолько туманными, что трудно было уловить в них смысл... Постепенно дело дошло до того, что каждое утро поднимать, водить в туалет и одевать его уже приходилось жене... Состояние Харри продолжало медленно ухудшаться. Когда в институте его жены начиналась сессия, с ним в течение нескольких дней оставалась дочь, которой оказывали посильную помощь соседи. Но время от времени ему удавалось выскользнуть из дома. В этих случаях он приветствовал каждого, с кем встречался, — и старых друзей, и незнакомых людей — словами: «Привет, все так здорово». Это было все, что он мог сказать, хотя иногда он повторял «здорово, здорово, здорово» снова и снова... Когда сгорел кофейник, оставленный Харри на электрической плите, жена, отчаянно нуждавшаяся в посторонней помощи, отвела своего мужа на прием к еще одному врачу. И снова у Харри не нашли никакого заболевания. Однако врач назначил компьютерную томографию и в конце концов пришел к выводу, что у Харри «болезнь Пика—Альцгеймера», причина которой пока неизвестна и которая не поддается лечению...

Поскольку Харри был участником войны, его поместили в окружной госпиталь для ветеранов, находившийся в 400 милях от его дома... Промучившись пять лет, прошедших с того инцидента на работе, его жена приняла эту госпитализацию с облегчением...

В госпитале медперсонал каждый день усаживал Харри на стул и с помощью добровольцев следил за тем, чтобы он ел вдоволь. Несмотря на это, он потерял в весе и ослаб. Когда жена приходила его навещать, Харри плакал, но не разговаривал, и больше ничто не указывало на то, что он ее узнал. Спустя год прекратился даже этот плач. У жены больше не было сил его навещать. Харри продолжал жить в госпитале, но вскоре после того как ему исполнилось 65 лет, он подавился куском хлеба, заболел в результате этого пневмонией и через некоторое время умер (Heston, 1992, p. 87-90).

<Психологические заметки. В начале XX века многие ученые верили в закон неупотребления, согласно которому если памятью не пользоваться, то она естественным образом ухудшается со временем. Однако последующие исследования показали, что причиной забывчивости являются не время и не отсутствие практики сами по себе, а биологические изменения в головном мозге или какие-то внешние вмешательства, которые происходят в течение определенного периода времени (Noll & Turkington, 1994).>

Деменцией страдает около 3% всего взрослого населения (Muir, 1997; APA, 1994). Среди людей 65-летнего возраста ее распространенность составляет 1-2%, возрастая до более чем 15% среди тех, кому за 80 (De Leon et al., 1996; Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). В целом, от той или иной формы деменции страдает 4 млн. жителей США (Alzheimer's Association, 1997; Jenike, 1995). Выявлено более 70 видов деменции (Noll & Turkington, 1994). Некоторые из них являются следствием метаболических, диетологических или иных проблем, которые можно устранить. Однако большая часть деменции бывает вызвана неврологическими нарушениями, такими как болезнь Альцгеймера и инсульт, на которые в настоящее время трудно или невозможно повлиять.

Болезнь Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера, названная так в честь Алоиса Альцгеймера, немецкого врача, который в 1907 году первым ее идентифицировал, является наиболее распространенной формой деменции, вызывая по меньшей мере половину всех ее случаев (Muir, 1997). Эта болезнь может впервые заявить о себе в среднем возрасте, но чаще всего ею заболевают после 65 лет, и ее распространенность резко возрастает среди людей, возраст которых перевалил за 80 (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении).

Болезнь Альцгеймера — наиболее распространенная форма деменции, обычно поражающая людей старше 65 лет.

<Психологические заметки. Почти 10% тех, у кого подозревают деменцию, могут в действительности страдать от депрессии (Noll & Turkington, 1994).>

Болезнь Альцгеймера может длиться в течение 20 лет и более. Обычно она начинается с незначительных нарушений памяти, ослабления внимания, а также с речевых и коммуникативных проблем (Small, Kemper & Lyons, 1997). По мере усиления симптомов человек начинает испытывать трудности с выполнением сложных задач или забывать о важных встречах (Searleman & Herrmann, 1994). К

примеру, Харри стало трудно выполнять свои профессиональные обязанности и он несколько раз забывал, когда ему нужно встретить свою дочь. В конце концов у заболевших возникают трудности и с выполнением простых задач, они забывают о событиях, более отдаленных во времени, и у них часто становятся очень заметными изменения личности. Например, мужчина может стать необычайно агрессивным или любвеобильным.

Люди с болезнью Альцгеймера могут сначала отрицать, что они испытывают какие-то трудности (Sharkstein et al., 1997), но вскоре становятся тревожными и подавленными в связи со своим психическим состоянием (Devanand et al., 1997). По мере развития деменции они все меньше и меньше сознают свои недостатки. Как мы видели в случае с Харри, на поздних стадиях болезни они могут отказываться от общения с окружающими, плохо ориентироваться во времени и пространстве, часто бесцельно бродить и терять рассудительность (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Они могут утратить почти все свои прошлые знания и способность узнавать лица даже близких родственников. Они все хуже и хуже спят по ночам и часто дремлют в течение дня. Последняя фаза расстройства может продолжаться от двух до пяти лет, причем больные требуют постоянного ухода (Mace & Rabins, 1991).

Подобно Харри, жертвы болезни Альцгеймера обычно остаются в довольно хорошем физическом состоянии до поздних стадий болезни. Однако по мере ослабления их психических функций они становятся менее активными и проводят значительную часть времени в сидячем положении или лежа в постели. В результате у них возникает предрасположенность к различным заболеваниям — например, к пневмонии, — которые могут окончиться смертью (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). В США от болезни Альцгеймера, занимающей четвертое место среди причин смерти у пожилых людей, ежегодно умирает 120 тысяч человек (Alzheimer's Association, 1997; Jenike, 1995).

<Утрата умственных способностей. В связи с нарушениями кратковременной памяти люди на поздних стадиях болезни Альцгеймера часто не способны выполнить простые задачи, например, сделать рисунок. Вдобавок, дефекты их долговременной памяти могут не позволять им узнавать даже близких родственников или друзей.> В большинстве случаев болезнь Альцгеймера можно уверенно диагностировать только после смерти, когда удастся увидеть структурные изменения в головном мозге, такие как многочисленные нейрофибриллярные узлы и сенильные бляшки (Iqbal & Grundke-Iqbal, 1996). Нейрофибриллярные узлы, скрученные белковые волокна, обнаруживаемые внутри клеток гиппокампуса и некоторых других участков головного мозга, появляются у всех стареющих людей, но у пациентов с болезнью Альцгеймера они образуются в очень большом количестве (Selkoe, 1992). Сенильные бляшки представляют собой сферические скопления мелких молекул бета-амилоидного белка (beta-amyloid protein), которые образуются в пространстве между клетками гиппокампуса и некоторых других отделов головного мозга, а также в некоторых прилежащих кровеносных сосудах. Образование бляшек является нормальной частью процесса старения, но у людей с болезнью Альцгеймера их опять-таки наблюдается исключительно много (Lorenzo & Yankner, 1996; Selkoe, 1992). Бляшки могут препятствовать взаимодействию клеток и тем самым вызывать их повреждение или гибель. Ученые пока до конца не понимают, почему у некоторых людей возникают эти проблемы и болезнь. Однако исследования позволяют предположить несколько возможных причин, включая генетические факторы и биохимические аномалии.

Нейрофибриллярные узлы — скрученные белковые волокна, которые образуются внутри некоторых клеток головного мозга у стареющих людей.

Сенильные бляшки — сферические скопления бета-амилоидного белка, которые образуются в пространстве между некоторыми клетками и в кровеносных сосудах головного мозга у стареющих людей.

Генетические причины. Хотя в семьях многих людей с болезнью Альцгеймера никто не страдал этим расстройством, иногда оно передается из поколения в поколение и, по-видимому, бывает обусловлено генетическими факторами (Bergem et al., 1997; Rossor, Kennedy & Frackowiak, 1996). Исследователи установили, что за образование бляшек отвечает определенный ген хромосомы 21, а это позволяет предположить, что образованию бляшек может способствовать мутация, или аномальная форма, этого гена (Selkoe et al., 1996; Murrell et al., 1991). В семьях, в которых подобные мутации гена передаются из поколения в поколение, может отмечаться более высокая распространенность болезни Альцгеймера. Другие генетические исследования установили связь между определенными видами этой болезни и дефектами хромосом

1, 14 и 19 (Higgins et al., 1997; Roses et al., 1996).

Биохимические аномалии. Исследователи установили, что в головном мозге жертв болезни Альцгеймера недостает ацетилхолина (acetylcholine) и глутамата (glutamate), двух нейротрансмиттеров, играющих ключевую роль в процессах памяти (Bissette et al., 1996; Lee et al., 1996). Тем самым, некоторые теоретики предполагают, что болезни способствует аномальная активность этих нейротрансмиттеров. Другие ученые считают, что одной из причин болезни Альцгеймера может быть медленно распространяющаяся инфекция (Prusiner, 1991), в то время как третьи указывают на плохое функционирование иммунной системы (Hell et al., 1996; McGeer & McGeer, 1996). В головном мозге некоторых пациентов с этой болезнью обнаружен высокий уровень содержания цинка и алюминия, что также привлекло внимание исследователей.

<Биологические преступники. В ткани головного мозга 69-летнего мужчины с болезнью Альцгеймера видно избыточное количество бляшек (большая сфера), скоплений бета-амилоидного белка, который образуется вне клеток, и нейрофибриллярных узлов, скрученных волокон внутри клеток, из-за которых клетки выглядят почерневшими (маленькие темные пятнышки).>

Сцены из современной жизни

Болезнь бешеных людей?

В 1980-х годах британские фермеры впервые наблюдали коровью губчатую энцефалопатию (bovine spongiform encephalopathy), или «коровье бешенство». Коровы с этой болезнью теряют ориентацию в пространстве, их движения утрачивают координацию, они становятся раздражительными и в конце концов умирают. При вскрытиях в их головном мозге были обнаружены белковые пустоты и сплетения. Исследователи усмотрели причину болезни в определенной практике кормления, которая была быстро запрещена властями. Но симптомы этой болезни появляются не раньше, чем через несколько лет после начала инфекции, поэтому болезнь приняла эпизоотический характер. На данный момент от нее умерло порядка 160 тысяч коров (Sternberg, 1996).

Какое отношение имеет все это к нам, людям? Известна форма деменции, которая имеет некоторые сходства, клинические и биологические, с коровьим бешенством: болезнь Крейтцфельда—Якоба (CJD). Эту редкую прогрессирующую деменцию — неизлечимую и приводящую к летальному исходу, — очевидно, вызывает инфекционный агент, белок, который находится в организме десятки лет, прежде чем появятся симптомы болезни (Prusiner, 1995). Обычно болезнью Крейтцфельда—Якоба ежегодно заболевает один человек из миллиона (Pain, 1996). Однако в 1996 году десять в остальном здоровых молодых британцев умерли от болезни, являющейся, по-видимому, новой разновидностью CJD. Не могли ли эти люди заразиться болезнью, употребляя в пищу мясо инфицированных коров?

Через короткое время Англия и весь остальной мир были охвачены паникой.

Большинство стран ввело запрет на импорт британской говядины. Поскольку здоровых коров невозможно отличить от инфицированных, Великобритания согласилась уничтожить 465 млн. животных — почти половину своего поголовья крупного рогатого скота. Фотографии забиваемых на бойне коров ужаснули многих людей, но мало кто предложил какие-то альтернативные решения.

<Вопросы для размышления. Некоторые ученые считают, что коровье бешенство не может передаваться между различными видами млекопитающих, тогда как другие доказывают, что это возможно (Aldhous, 1996). Если ученые не могут прийти к единому мнению, как в этом случае вести себя населению? Если бы ученые начали подозревать, не будучи до конца уверенными, что значительное число людей являются носителями какого-то смертельно опасного заразного заболевания, как бы прореагировали на это официальные лица?>

Другие формы деменции

Деменцию может вызывать и ряд других расстройств. Сосудистая деменция, известная также как мультиинфарктная деменция, может быть следствием острого нарушения мозгового кровообращения, или инсульта, при котором прекращается приток крови к отдельным участкам головного мозга, что приводит к повреждению этих участков. При такой форме деменции симптомы появляются скорее быстро, чем постепенно, а когнитивное функционирование участков головного мозга, которые не были затронуты ударом, может оставаться нормальным (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Болезнь Пика, редкое расстройство, затрагивающее лобные и височные доли, в

клиническом отношении напоминает болезнь Альцгеймера, но эти два вида деменции можно различить при вскрытии. Болезнь Крейтцфельда—Якоба, еще одну форму деменции, вызывает медленно распространяющийся вирус, который может жить в организме долгие годы, прежде чем болезнь себя обнаружит. Болезнь Гентингтона — это наследственное заболевание, при котором у людей появляется со временем все больше и больше проблем с памятью, учащаются расстройства настроения и личности, а также возникают двигательные нарушения, такие как резкие подергивания (Scourfield et al., 1997). Вероятность того, что дети людей с болезнью Гентингтона заболеют ей, равна 50%. А болезнь Паркинсона, медленно прогрессирующее неврологическое расстройство, характеризующееся тремором, оцепенелостью и неуверенными движениями, приводит к деменции в 20-60% случаев, особенно среди пожилых людей или тех, у кого болезнь находится в поздней стадии (APA, 1994).

Сосудистая деменция — деменция, вызванная острым нарушением мозгового кровообращения, или инсультом, который ограничивает приток крови к отдельным участкам головного мозга. Другое название — мультиинфарктная деменция.

Болезнь Пика — неврологическое заболевание, которое затрагивает лобные и височные доли, вызывая деменцию.

Болезнь Крейтцфельда—Якоба — форма деменции, вызываемая медленно распространяющимся вирусом, который может жить в организме многие годы, прежде чем болезнь себя обнаружит.

Болезнь Гентингтона — наследственное заболевание, при котором у людей учащаются проблемы когнитивного, эмоционального и двигательного характера, приводящие к деменции.

Болезнь Паркинсона — медленно прогрессирующее неврологическое заболевание, характеризующееся тремором и оцепенелостью, которое также может вызвать деменцию.

Наконец, некоторые случаи деменции могут быть вызваны вирусными и бактериальными инфекциями, такими как СПИД, менингит или запущенный сифилис. Причиной же других является эпилепсия. Ряд случаев бывает вызван неправильным употреблением лекарств или токсинами, такими как ртуть, свинец или окись углерода.

Методы лечения органических расстройств памяти.

Лечение амнестических расстройств и деменции — исключительно трудная задача. Нет приемов или методик, которые были бы эффективны во всех ситуациях, и лечение может принести в лучшем случае небольшое облегчение. Однако последние исследования дают надежду, что в скором будущем эти проблемы можно будет лечить более эффективно и даже предотвращать. В настоящее время первым шагом в лечении является по возможности точная идентификация типа и природы болезни. Как правило, клиницисты тщательно изучают историю болезни пациента и проводят экстенсивные психоневрологические обследования, а также сканирование головного мозга, позволяющее выявить биологические причины дисфункции пациента (Gonzalez, 1996; Jagust, 1996) (см. рис. 13.3).



Рисунок 13.3. Стареющий мозг. В головном мозге стариков происходят изменения, которые затрагивают в определенной степени память, научение и способность суждения. У людей с болезнью Альцгеймера те же самые изменения носят гипертрофированный характер. (Selkoe, 1993, p. 136.)

< Жертва болезни Паркинсона. Мир аплодировал, когда Мухаммед Али, которого считают самым выдающимся спортсменом своего времени, зажег в 1996 году олимпийский огонь. В то же время замедленная походка Али, его запинаясь речь и дрожащие руки продемонстрировали, к каким нарушениям может приводить болезнь Паркинсона.>

Для лечения органических расстройств памяти, особенно деменции, исследователи создали ряд лекарств, которые воздействуют на нейротрансмиттеры, играющие важную роль в процессах памяти (Furey et al., 1997; Hedaya, 1996). Одно из таких лекарств, такрин, предотвращает распад ацетилхолина — нейротрансмиттера, которого недостает у людей с болезнью Альцгеймера. У некоторых пациентов с этой болезнью, принимающих большие дозы такрина, несколько улучшаются кратковременная память и способность суждения, а также речь и практические навыки (Lyketsos et al., 1996; Hedaya, 1996). Хотя такрин помогает в ограниченной степени, а опасность нежелательных побочных эффектов, таких как проблемы с печенью, иногда велика, в 1993 году это лекарство было одобрено в США Управлением по делам продовольствия и медикаментов, получив торговое наименование «когнекс».

Такрин — лекарство, используемое при лечении болезни Альцгеймера, которое предотвращает распад ацетилхолина.

Такрин и родственные препараты назначают после того, как у человека обнаружена болезнь Альцгеймера. Ряд недавних исследований позволяет предположить, что определенные химические вещества могут предотвращать болезнь или отсрочивать ее начало. Например, одна группа исследователей обнаружила, что если в течение нескольких лет до наступления менопаузы принимать эстроген, женский половой гормон, это может снизить вдвое вероятность того, что женщина станет жертвой болезни Альцгеймера (Kawas et al., 1997). По-видимому, сокращает во много раз риск этого заболевания и длительное употребление нестероидных противовоспалительных лекарств, таких как ибупрофен и напрозин (компоненты, присутствующие в адвиле, мотрине, нуприне и других болеутоляющих средствах).

<«Истинное искусство запоминания — это искусство внимания». — Сэмюэл Джонсон>

Случаи амнестического расстройства и деменции с незначительным успехом пытались лечить с помощью поведенческой и когнитивной терапии. Некоторых людей с амнестическими расстройствами, в частности тех, у кого амнезия вызвана черепно-мозговой травмой, успешно обучают специальным методам запоминания новой

информации; в некоторых случаях в роли наставника выступают компьютеры (Schacter et al., 1990). Поведенческие приемы применялись также к пациентам с деменцией. Как правило, бихевиористы выявляют повседневные модели поведения пациента, которые становятся источником стресса для его семьи, например, блуждание по ночам или невыдержанность (Fisher & Carstensen, 1990). Затем они объясняют членам семьи, как и когда использовать подкрепления, с тем чтобы сформировать более позитивные модели поведения, сочетая ролево-игровые приемы, подражательные примеры и практику (Pinkston & Linsk, 1984).

<Психологические заметки. Считается, что китайское растение гинкго двулопастное (ginkgo biloba) улучшает память. В прошлом году выручка от продажи препаратов гинкго превысила 100 млн. долларов.>

Уход за человеком с амнестическим расстройством или деменцией может быть тяжким бременем на его близких родственников (Fritz et al., 1997; Kiecolt-Glaser et al., 1996). В сущности, одной из наиболее распространенных причин помещения в стационар пациентов с болезнью Альцгеймера является неспособность их перегруженных обязанностями родных справиться с требованиями ситуации (Colerick & George, 1986). Многие люди, ухаживающие за пациентами с этой болезнью, сообщают об охватывающих их гнев и депрессии, и их собственное физическое и психическое здоровье часто ухудшается (Fritz et al., 1997; Haley et al., 1995).

Клиницисты теперь признают, что одним из наиболее важных аспектов лечения болезни Альцгеймера и других форм деменции является акцентирование внимания на эмоциональных потребностях лиц, осуществляющих уход. Клиницисты часто подчеркивают, что близким людям больного необходимо регулярно отдыхать (Berman et al., 1987), предлагают образовательные программы, посвященные болезни своего пациента, и проводят психотерапевтические сеансы с измученными членами семьи. Некоторые клиницисты, кроме того, организуют группы поддержки для лиц, осуществляющих уход (Murray, 1997; Gallagher-Thompson et al., 1991).

Не обескураженные нынешними недостатками методов лечения амнестических расстройств и деменции, исследователи надеются продвинуться вперед в понимании, лечении и предупреждении этих болезней. Участки головного мозга и биохимические изменения, которые лежат в основе познавательной способности, могут быть сложными и обширными, но, учитывая значительный объем исследований и тот прогресс, который в настоящее время намечается в этой клинической области, можно ожидать значительных успехов в ближайшие годы.

<Психологические заметки. Согласно исследованиям, уход за любимым человеком с болезнью Альцгеймера отнимает в среднем от 69 до 100 часов в неделю.

Источниками наибольшего беспокойства для его родных являются: плата за лечение (54%), стрессовая обстановка в семье (49%) и недостаток времени на осуществление собственных потребностей (49%) (Alzheimer's Association 1997).>

Сцены из современной жизни

Знать или не знать

В течение многих лет единственным способом уверенной диагностики болезни Альцгеймера было вскрытие. Однако сегодня ученые, по-видимому, близки к созданию надежных способов раннего выявления этого расстройства. Более того, возможно, что диагносты в конце концов смогут идентифицировать потенциальных жертв болезни за годы или даже за десятилетия до какого-то явного ухудшения их памяти или других когнитивных функций (Nash, 1995; Small et al., 1995).

<Страдающий болезнью Альцгеймера бывший президент США Рональд Рейган отмечает 6 февраля 1995 года свой 84-й день рождения.>

<Вопросы для размышления. Не лучше ли, если люди не будут знать, что у них в конце концов обнаружит себя болезнь, которая на данный момент неизлечима? Как могли бы закончиться президентские выборы 1980 года, знай американцы о том, что у Рональда Рейгана в итоге обнаружится деменция?>

Резюме

Амнестические расстройства и деменции — это органические расстройства, вызывающие серьезные нарушения кратковременной памяти, долговременной памяти или обеих этих систем памяти. Расстройства часто связаны с аномалиями ключевых участков головного мозга, таких как префронтальные извилины (включая гиппокамп и миндалевидное тело, которые находятся под ними) и промежуточный мозг. Амнестические расстройства, расстройства, которые затрагивают в первую очередь память, могут быть следствием синдрома Корсакова, черепно-мозговой травмы, нейрохирургической операции или некоторых других проблем. Деменции,

которые затрагивают и память, и другие когнитивные функции, включают в себя болезнь Альцгеймера и сосудистую деменцию.

Возможные причины. Болезнь Альцгеймера связывают с необычайно большим количеством нейрофибриллярных узлов и сенильных бляшек. Многие случаи этой болезни бывают, по-видимому, вызваны генетическими факторами. Теоретики также указывают на такие факторы, как аномальная активность нейротрансмиттеров, медленно распространяющиеся инфекции, снижение иммунитета и высокий уровень содержания в головном мозге цинка и алюминия.

Методы лечения. Для лечения органических расстройств памяти применяется, с ограниченным успехом, как медикаментозная, так и поведенческая терапия. Однако ожидается, что в ближайшие годы в этой клинической области произойдут заметные сдвиги.

Подводя итоги.

Иногда ученые обходят молчанием феномены, вызывающие большой интерес у общественности. В течение многих лет одним из таких феноменов были диссоциативные расстройства. Интерес общества к диссоциативной амнезии и фуге был огромным, научных же исследований в этой области проводилось очень мало. Не привлекало особого внимания исследователей и такое расстройство, как расщепление личности.

В течение последних десятилетий столь безразличное отношение ученых стало исчезать. Растущее число сообщений о случаях диссоциативных расстройств, в частности расстройства множественной личности, убедили многих исследователей, что эта проблема действительно существует и может являться причиной серьезных дисфункций. В результате в этой клинической области был отмечен резкий рост количества исследований, ставивших перед собой задачу идентифицировать и понять эти расстройства, а также найти способ их лечения. Исследователи начали предполагать, что эти расстройства могут уходить своими корнями в такие хорошо известные процессы, как научение, зависимое от состояния, и аутогипноз.

Но у нас по-прежнему нет законченных теорий, касающихся причин диссоциативных расстройств. Не выработаны до конца и системные лечебные программы. А некоторые клиницисты беспокоятся, что нынешний интерес к диссоциативным расстройствам может расти слишком быстро. Они говорят, что многие диагнозы, ставящиеся в настоящее время, могут быть скорее связаны с возрастающей популярностью этих расстройств, чем с тщательной оценкой симптомов. Разумеется, эта возможность только подчеркивает значимость продолжения исследований.

Менее противоречивы, но в равной степени интересны расстройства памяти, вызванные органическими причинами. Сложное устройство головного мозга крайне затрудняет понимание, диагностирование и лечение широкого спектра амнестических расстройств и деменций. Однако интригующие данные исследований появляются почти ежедневно и привлекают внимание как клиницистов, так и общественности. В силу органической природы таких расстройств исследования проводятся главным образом в области биологии. Однако эти расстройства столь сильно сказываются на пациентах и их семьях, что психологические и социокультурные исследования едва ли заставят себя долго ждать.

<Последний переезд. Этого 63-летнего мужчину с болезнью Альцгеймера оправляют в стационар, после того как его состояние непрерывно ухудшалось в течение 6 лет. Жена утешает его, а дочь перед отправкой пишет на его туфлях его имя — мучительное напоминание о психологической боли и ощущении утраты, которые испытывают члены семьи.>

Общим для многочисленных исследований диссоциативных расстройств и органических расстройств памяти является то значение, которое мы придаем памяти. Память занимает огромное место в нашей жизни и нашем представлении о самих себе, поэтому исследования в этой области крайне важны для благополучия каждого человека. Можно ожидать, что количество исследований природы памяти и расстройств памяти в ближайшие годы только увеличится.

Ключевые термины

Идентичность

Память

Диссоциативные расстройства

Диссоциативная амнезия
Амнестический эпизод
Селективная амнезия
Генерализованная амнезия
Непрерывная амнезия
Диссоциативная фуга
Органическое диссоциативное расстройство
Субличность
Ведущая личность
Переключение
Со-осознающая субличность
Вызванный потенциал
Ятрогенное расстройство
Вытеснение
Научение, зависимое от состояния
Гипнотическая амнезия
Аутогипноз
Амобарбитал (амитал) натрия
Пентобарбитал (пентотал) натрия
Слияние
Кратковременная память
Долговременная память
Кодирование
Восстановление
Процедурная память
Декларативная память
Префронтальные доли
Височные доли
Гиппокампус
Миндалевидное тело
Промежуточный мозг
Сосцевидные тела
Таламус
Гипоталамус
Энграмма
Долговременное потенцирование
Белки
Ретроградная амнезия
Антероградная амнезия
Амнестические расстройства
Синдром Корсакова
Витамин B1 (тиамин)
Конфабуляция
Черепно-мозговые травмы
Нейрохирургия
Деменции
Болезнь Альцгеймера
Нейрофибриллярные узлы
Сенильные бляшки
Бета-амилоидный белок
Мутация гена
Ацетилхолин
Глутамат
Сосудистая деменция
Инсульт
Болезнь Пика
Болезнь Крейтцфельда—Якоба
Болезнь Гентингтона
Болезнь Паркинсона
Такрин
Эстроген
Контрольные вопросы

1. Перечислите и опишите различные диссоциативные расстройства.
2. Назовите четыре вида диссоциативной амнезии.
3. Какие виды отношений могут быть между субличностями при расщеплении личности?
4. Опишите психодинамические и поведенческие теории происхождения диссоциативных расстройств, а также теории, исходящие из обусловленного состоянием научения и аутогипноза. Насколько хорошо каждая из них подтверждается исследованиями?
5. Укажите общие связи между гипнотической амнезией и диссоциативными расстройствами.
6. Какие подходы используются для лечения диссоциативных расстройств? Каковы ключевые особенности лечения диссоциативных расстройств личности?
7. Какие участки головного мозга связывают с возникновением органических расстройств памяти? Дайте определение кратковременной и долговременной, процедурной и декларативной памяти, а также долговременному потенцированию.
8. Что представляют собой амнестические расстройства? Приведите два примера таких расстройств.
9. Что такое деменция? Каковы симптомы и возможные причины болезни Альцгеймера?
10. Как современные клиницисты лечат различные органические расстройства памяти?

Глава 14. Расстройства личности.

Во время собеседования при приеме на должность редактора Фредерик сказал: «Возможно, это звучит несколько самонадеянно, но я исключительно одаренный человек. Я уверен, что сверну горы на этой работе, что я и газета вскоре станем эталоном журналистики в нашем городе». Эти слова произвели впечатление на членов комиссии. У Фредерика были хорошие рекомендации, но более всего комиссию приятно поразили его уверенность в себе и напористость.

Год спустя многие из этих людей описывали Фредерика совершенно иначе: высокомерный, корыстный, холодный, самовлюбленный, назойливый. Он успешно выполнял свои обязанности редактора (хотя и не так замечательно, как ему, по-видимому, казалось), но работа не компенсировала огромные недостатки его личности. Ниже и вышестоящие коллеги устали от его манипуляций, эмоциональных вспышек, нежелания признавать свои ошибки, бесконечного хвастовства и грандиозных планов. Фредерик в очередной раз не оправдал оказанного ему доверия. Да, Фредерик обладал большим обаянием и умел польстить окружающим, когда это служило его целям. Поэтому у него всегда был круг друзей и поклонников. Но фактически такие взаимоотношения длились недолго — до тех пор, пока Фредерик не уставал от этих людей или не разочаровывался в них, поскольку они не проявляли достаточного энтузиазма по отношению к его эгоистичным оценкам происходящего или грандиозным планам. Или до тех пор, пока они оказывались уже просто не в силах выносить Фредерика.

Несмотря на все его способности и успехи, Фредерику всегда казалось, что он имеет право на большее, чем получает, — на более высокие оценки во время учебы, более высокие оклады на работе, большее внимание со стороны приятельниц. Если его хотя бы слегка критиковали, он отвечал на это яростью, будучи уверенным, что оппонент завидует его уму, талантам или внешности. На первый взгляд казалось, что в социальном плане у Фредерика все в порядке. Как правило, у него завязывались с кем-то глубокие, содержательные, романтические отношения, в которых он мог быть нежен со своей знакомой, внимателен к ней и, как могло показаться, предан ей. Но через несколько недель или месяцев Фредерик обычно уставал от возлюбленной, становясь холодным или даже озлобленным. Нередко он завязывал интрижки с другими женщинами, продолжая при этом поддерживать отношения со своей нынешней партнершей. Разрыв — обычно неприятный, а иногда и просто безобразный — редко вызывал у него чувство печали или угрызения совести, и он почти никогда больше не вспоминал о своей прежней знакомой. Ему всегда было достаточно

собственной персоны.

Каждый из нас представляет собой личность с уникальным и долговременным сочетанием внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир. Как правило, мы реагируем на происходящее в присущей лишь нам предсказуемой и последовательной манере. Эта последовательность, часто называемая чертами личности (personality traits), может являться результатом унаследованных характеристик, усвоенных реакций или комбинации и тех и других (Watson, Clark & Harkness, 1994). Однако наша личность отличается и гибкостью. Мы учимся на собственном опыте. Взаимодействуя со своим окружением, мы опробуем различные ответы и смотрим, какие из них оказываются более эффективными. Именно этой гибкостью часто не обладают люди, страдающие расстройством личности.

Личность — уникальное и долговременное сочетание внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир, которое обуславливает последовательность реакций в самых разных ситуациях.

Расстройство личности — это очень жесткая картина (паттерн) внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир. Этот паттерн распространяется на большую часть взаимодействий человека, сохраняется в течение многих лет и отличается от опыта и поведения, обычно ожидаемых от людей (см. Контрольный перечень DSM-IV в Приложении). У Фредерика, по-видимому, было подобное расстройство. Начиная с периода учебы, нарциссизм, мания величия, вспышки гнева и бесчувственность накладывали отпечаток на все сферы его жизни. Жесткие черты характера людей с расстройством личности часто становятся причиной неприятных переживаний, которые могут вызвать психологическую боль и социальные или профессиональные трудности. Как правило, расстройства личности становятся заметными в подростковый период или в ранние годы взрослой жизни, хотя некоторые начинаются еще в детстве (APA, 1994).

Расстройство личности — очень жесткий паттерн внутреннего опыта и направленных на окружающий мир действий, который отличается от ожиданий общества и приводит к дисфункции.

Расстройства личности могут вносить разлад во многие аспекты жизни человека и причинять страдания окружающим его людям. (Вспомните о недоумении и мучениях, которые испытывали коллеги Фредерика и его бывшие подруги.) Расстройства личности относятся к наиболее трудноизлечимым психологическим расстройствам. Многие из тех, кто ими страдает, даже не подозревают о своих личностных проблемах и не способны понять, что причинами трудностей является их жесткий стиль мышления и поведения. Согласно оценкам, расстройством личности может страдать от 4 до 15% всех взрослых людей (Links, 1997; APA, 1994).

<«У большинства из нас к тридцати годам характер затвердевает, как алебастр, и никогда больше не размягчается». — Уильям Джеймс, «Принципы психологии», 1890>

DSM-IV отличает расстройства Оси II (Axis II) — долговременные расстройства, которые обычно начинаются в раннем возрасте и сохраняются в течение взрослой жизни, — от расстройств Оси I (Axis I), более острых расстройств, которые могут начинаться и заканчиваться на определенных отрезках жизненного цикла (см. главу 3). Расстройства личности — это расстройства Оси II. В отличие от большинства клинических проблем, обсуждавшихся нами ранее, эти расстройства, как правило, не отмечены какими-то обострениями или периодами явного улучшения состояния. Нередко человек с расстройством личности страдает также и острым расстройством (Ось I) — случай, называемый коморбидностью (буквально, «соболезненность». — Прим. перев.) (Flick et al., 1993). Возможно, что расстройства личности предопределяют возникновение у человека расстройств Оси I (Johnson & Wonderlich, 1992). Например, люди с избегающим расстройством личности, которые боязливо уклоняются от всех контактов, могут быть склонны к социальной фобии. И опять же, возможно, что некоторые расстройства Оси I создают предпосылки для того или иного расстройства личности. Какова бы ни была причина этой связи, исследования показывают, что сопутствующее расстройство личности затрудняет лечение расстройства Оси I и снижает шансы человека на успешное выздоровление (Costello, 1996).

Коморбидность — наличие двух или более расстройств у одного человека.

DSM-IV идентифицирует 10 расстройств личности и разбивает их на 3 группы (APA, 1994). Одну группу, характеризующую странным поведением, составляют параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства личности. Особенностью

второй группы расстройств является драматизация поведения; к ней относятся антисоциальное, пограничное, гистрионное и нарциссическое расстройства личности. Последняя группа отличается высоким уровнем тревожности и включает в себя избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства личности. Различные расстройства личности накладываются друг на друга в столь значительной степени, что может оказаться трудным отличить одно от другого (Zimmerman, 1994) (см. рис. 14.1). Фактически, клиницисты иногда приходят к выводу, что отдельные люди страдают более чем одним расстройством личности (Grove & Tellegen, 1991). Кроме того, клиницисты часто расходятся во мнении в отношении того, какой диагноз поставить пациенту с расстройством личности. Отсутствие согласия порождает серьезные сомнения в отношении валидности и последовательности нынешней классификации DSM — вопрос, к которому мы еще вернемся (O'Connor & Dyce, 1998; Costello, 1996).

Таблица. Расстройства личности

	Парано- идное	Шизо- идное	Шизо- ти- пичес- кое	Антисо- циаль- ное	Погра- нич- ное	Гист- ри- онно- е	Нарцис- сиче- ское	Избе- га- ющее	Зави- симое	Обсессивно- компульсивно- е
Проблемы в общении	*	+	+	*	+	*	*	+	+	*
Подозрительность / недоверчивость	+		*	*	*		*	*	*	*
Враждебность	*			*	*	*	*			*
Обвинение других	*			*	*		*			*
Лживость				+	*	*	*			
Контролирование / манипуляция окружающими	*			+	*	*	*		*	
Ревность	*				*	*	*			
Впечатлительность	*		*		*	*	*	+	*	
Отчуждение / изоляция	*	+	*	*			*	*		
Уход в себя	*	*	*	*	*	*	+	*		*
Излишняя самокритика					*	*		*	+	*
Импульсивность / риск				*	*	*				
Мания величия / эгоцентризм	*		*	*	*	+	+			
Эмоциональная неустойчивость	*			*	+	*	*			
Повышенная эмоциональность					*	+	*			
Подавленность / беспомощность	*		*	*	*	*	*	*	*	*
Тревожность / напряженность	*		*		*	*		*	+	*
Когнитивный / перцептивный эгоцентризм	*		+			*	*	*		*
Неспособность сосредоточиться / дефицит внимания			*	*	*		*			
Психотические эпизоды	*	*	*		*					

(+ — главные особенности; * — заметные особенности)

Рисунок 14.1. Заметные и главные особенности 10 расстройств личности, выделяемых DSM-IV. Симптомы различных расстройств нередко в значительной степени накладываются друг на друга, становясь часто причиной неправильной

постановки диагноза или выявления у данного пациента нескольких расстройств личности.

Кроме того, принятая DSM-классификация расстройств личности такова, что столкнувшийся с ней неподготовленный человек, скорее всего, применит ее неправильно. Наши собственные черты или черты наших знакомых мы найдем в описании практически любого из этих расстройств, и у нас может возникнуть мысль, что и мы сами и все окружающие страдаем каким-либо расстройством личности (Maher & Maher, 1994; Widiger & Costa, 1994). В подавляющем большинстве случаев подобные интерпретации неверны. Всем нам присущи определенные черты личности. Но лишь изредка они бывают столь ригидными, деструктивными и долговременными, что их можно отнести к расстройствам.

«Странные» расстройства личности.

Группа «странных» расстройств личности («odd» personality disorders) включает в себя параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства личности. Люди с этими расстройствами, как правило, демонстрируют странные или эксцентричные модели поведения, наблюдаемые при шизофрении, в том числе крайнюю подозрительность, социальную изоляцию и необычную манеру мышления и восприятия окружающего мира. Часто подобное поведение практически изолирует человека от общества. Некоторые клиницисты считают, что эти расстройства личности относятся к шизофрении, и называют их расстройствами шизофренического спектра (schizophrenia-spectrum disorders) (Battaglia et al., 1997; Siever, 1992). В подтверждение данной идеи приводится тот факт, что людям с такими расстройствами часто ставят дополнительный диагноз шизофрении или у них имеются близкие родственники, страдающие этой болезнью (APA, 1994; Battaglia et al., 1991).

Клиницисты многое узнали о симптомах «странных» расстройств личности, но понимание причин этих расстройств и определение методов их лечения оказались не столь успешными. Кроме того, люди с такими расстройствами редко обращаются за помощью (Fabrega et al., 1991).

Параноидное расстройство личности.

Люди с параноидным расстройством личности не доверяют окружающим и относятся с большим подозрением к мотивам их действий (APA, 1994). Поскольку они полагают, что все намерены причинить им вред, то избегают близких отношений. Вера же в собственные идеи и способности может быть чрезмерной, как мы видим это в случае с Чарлзом.

В школьные годы Чарлза, единственного ребенка малообразованных родителей, считали «вундеркиндом». В 24 года ему была присвоена степень доктора философии, и впоследствии он занимал ряд ответственных должностей в качестве физика-исследователя в одной промышленной фирме.

Его крайнее высокомерие и нарциссизм часто заканчивались конфликтами с руководителями; те считали, что он тратит слишком много времени на разработку собственных «безрассудных» планов и уделяет недостаточное внимание проектам компании. Чарлзу стало казаться, что и его начальники и подчиненные «смеются над ним» и не принимают его всерьез. Чарлз начал разрабатывать план, который должен был «произвести революцию в отрасли», — изделия, основанные на новом принципе термодинамики, были бы исключительно эффективными и экономически выгодными. Через несколько месяцев он представил президенту компании свой проект — очень оригинальный, но содержащий несколько вопиющих логических ошибок.

Узнав о том, что его план отвергнут, Чарлз стал проводить много времени дома, одержимый «новыми идеями», которые он начал предлагать в виде замысловатых схем и формул правительственным чиновникам и промышленникам. Все это заканчивалось новыми отказами, которые приводили к дальнейшим попыткам самовозвеличивания (Millon, 1969, p. 329-330).

Находясь все время на чеку и видя повсюду угрозы, люди, подобные Чарлзу, постоянно ожидают, что станут объектом каких-то происков (рис. 14.2). Они обнаруживают во всем чьи-то «скрытые» замыслы, которые обычно умаляют их достоинство или угрожают им. В одном исследовании, в котором людей просили принять участие в ролевой игре, испытуемые с паранойей чаще, чем испытуемые из контрольной группы, видели враждебные намерения в действиях других людей. Вдобавок они чаще

выбирали в качестве наиболее подходящей игровой реакции гнев (Turkat et al., 1990).

Объекты доверия	Процент тех, кто им верит, %
Люди в целом	41
Члены семьи	84
Прихожане вашей церкви	59
Начальник	51
Коллеги по работе	45
Соседи	42
Работники магазинов	28
Пожарная охрана	77
Полиция	48
Местная программа теленовостей	27
Ежедневные газеты	19
Правительство	14

Рисунок 14.2. Кому вы доверяете? Хотя недоверчивость и подозрительность являются основным признаком параноидного расстройства личности, выясняется, что поразительно недоверчивы даже люди, не страдающие этим расстройством. Согласно недавнему широкомасштабному опросу, только 41% респондентов сообщили, что они в целом доверяют людям. Большинство доверяют членам своей семьи и местной пожарной охране; однако немногие верят работникам магазинов, ежедневным газетам или правительству. (Источник: Pew Research Center for the People and the Press, 1997.)

Параноидное расстройство личности — расстройство личности, характеризующееся недоверием и подозрительным отношением к другим людям.

Всегда готовые поставить под сомнение лояльность или искренность тех, кто их окружает, люди с параноидным расстройством личности остаются холодными и отстраненными. Например, женщина может не желать ни с кем делиться своими чувствами из опасения, что ей нанесут обиду; или муж может без каких-либо оснований продолжать сомневаться в верности своей жены. Обычно их подозрения не являются бредовыми; их идеи не столь вычурны и не столь неотвязны, чтобы считать их полностью нереальными (Fenigstein, 1996).

<«Что делает человека одиноким в большей степени, чем его недоверие к людям?» — Джордж Элиот, «Миддлмарч»>

Люди с этим расстройством личности осуждают слабости и недостатки других, особенно на работе. Однако они не способны увидеть собственные ошибки и крайне чувствительны к критике. Они часто винят других в тех неприятностях, которые случаются в их собственной жизни, и постоянно затаивают обиду (Fenigstein, 1996; Vaillant, 1994). Считается, что параноидным расстройством страдает от 0,5 до 2,5% взрослых, причем мужчины, очевидно, подвержены ему в большей степени, чем женщины (APA, 1994).

<**Психологические заметки.** В 1997 году правительством США было тайно прослушано 2,5 млн. телефонных разговоров (Administrative Office of the U. S. Courts, 1998).>

Возможные причины параноидного расстройства личности

Причинам параноидного расстройства личности, как и большинства других расстройств личности, посвящалось мало систематических исследований. Психодинамические теории, первыми начавшие объяснять это расстройство, усматривают его причины в ранних взаимоотношениях с требовательными родителями, в особенности с отстраненным, жестким отцом и чрезмерно опекающей, но отвергающей ребенка матерью (Manschreck, 1996). (Мы увидим, что психодинамические объяснения почти всех расстройств личности очень сходны: их суть в систематическом плохом отношении в период детства и отсутствии любви.) Согласно одной из психодинамических теорий, некоторые люди начинают смотреть на свое окружение как на недружественное в результате воспитания, отличающегося повышенной требовательностью. Они должны быть все время наготове, поскольку не могут доверять окружающим (Cameron, 1974). Кроме того, у этих детей часто накапливается чувство сильного гнева. Поскольку они проецируют это чувство на окружающих, больным начинает казаться, что они подвергаются все большим угрозам

(Garfield & Havens, 1991).

Некоторые биологи-теоретики предполагают, что параноидное расстройство личности вызвано генетическими причинами (Fenigstein, 1996). Исследование, в котором изучались сообщения о собственной подозрительности, сделанные 3810 парами близнецов-австралийцев, показало, что если чрезмерно подозрительным оказывался один близнец, была велика вероятность того, что другой также отличался подозрительностью (Kendler et al., 1987). Однако на основании только этих данных опять-таки нельзя сказать, были ли оба близнеца крайне подозрительными в силу генетических факторов или благодаря опыту общения с одной и той же средой.

<Психологические заметки. Согласно опросам, наиболее недоверчивые американцы — это, как правило, те, кого родители неоднократно предупреждали не доверять незнакомцам; люди до 30-летнего возраста; социально изолированные люди; жители больших городов; люди, живущие в бедных или криминализованных районах; те, кто не принадлежит к какой-либо религиозной конфессии (Pew Research Center, 1997).>

Методы лечения параноидных расстройств личности

Люди с этим расстройством, как правило, не считают, что нуждаются в помощи, поэтому немногие добровольно обращаются к врачу. Более того, большинство из них считают роль пациента унижительной, не доверяют терапевту и противятся лечению (Fenigstein, 1996; Sparr et al., 1986). Поэтому неудивительно, что в случае этого расстройства, как и при большинстве других расстройств личности, терапия помогает лишь в ограниченной степени и лечение продвигается вперед очень медленно (Quality Assurance Project, 1990).

Теоретики, занимающиеся психодинамикой объектных отношений, пытаются понять, что стоит за гневом человека, и работают с тем, что они считают скрытым желанием человека иметь удовлетворительные отношения (Auchincloss & Weiss, 1992). В свою очередь терапевты, придерживающиеся поведенческого и когнитивного направления, пытаются помочь таким людям контролировать тревогу и совершенствовать навыки разрешения межличностных проблем. Пациентам помогают более реалистично интерпретировать поступки и намерения других людей и лучше понимать точку зрения окружающих (Beck & Freeman, 1990). Медикаментозная терапия обычно оказывается неэффективной (Block & Pristach, 1992).

Шизоидное расстройство личности.

Люди с шизоидным расстройством личности, как правило, избегают социальных контактов и демонстрируют низкий уровень эмоциональной экспрессии (APA, 1994). Подобно тем, кто страдает параноидным расстройством личности, эти люди не имеют близких отношений с окружающими. Однако причина, по которой они избегают социальных контактов, состоит в том, что они искренне предпочитают быть одни. Другие люди часто считают их, как это видно на примере с Роем, «отшельниками».

Рой был удачливым инженером-сантехником, занятым проектированием и эксплуатацией объектов водоснабжения крупного города; его работа требовала значительной проницательности и независимости суждений, но не предполагала большой ответственности в качестве руководителя. Его считали незаметным, но компетентным и надежным работником. Он выполнял сравнительно немного заданий, требующих общения с деловыми партнерами и сослуживцами, и большинство коллег смотрели на него как на молчаливого и застенчивого, а некоторые — как на холодного и отчужденного человека.

Причиной наибольших трудностей были его отношения с женой. По ее просьбе они обратились в семейную консультацию, поскольку, как она выразилась, «он не желал участвовать в семейной жизни, не проявлял интереса к детям, не выражал нежных чувств и был равнодушен к сексу».

Паттерн социальной индифферентности, притупленности чувств и самоизоляции, который в значительной мере характеризовал поведение Роя, почти не имел значения для тех, с кем ему не требовалось устанавливать более глубоких и интимных отношений; однако эти черты характера немало досаждали его семье (Millon, 1969, p. 224).

Люди, подобные Рою, не заинтересованы в установлении или поддержании дружеских связей, проявляют слабый интерес к сексуальным отношениям и порой кажутся равнодушными к своей семье. Они подбирают работу, которая требует небольшого числа контактов с другими людьми или вообще лишена таковых. Когда необходимо, они могут устанавливать продолжительные, пусть и отстраненные, рабочие отношения, но предпочитают оставаться наедине с собой, часто работая в одиночку в

течение всего дня. Кроме того, многие из них живут одни и избегают социальных контактов. В результате их социальные навыки не получают развития (Birtchnell, 1996). Если они вступают в брак, то отсутствие интереса к близости может стать причиной супружеских или семейных проблем, как это имело место в случае с Роем.

Шизоидное расстройство личности — расстройство личности, при котором человек упорно избегает социальных контактов и демонстрирует ограниченное выражение чувств.

Люди с шизоидным расстройством личности сосредоточены главным образом на себе и чаще всего равнодушны к похвалам или критике. Они редко проявляют свои чувства, не выражая ни радости, ни гнева. Кажется, что они не испытывают потребности во внимании или признании со стороны окружающих; их обычно считают холодными, лишенными юмора или скучными; и им, как правило, удается добиться того, чтобы их оставили в покое.

<Один, так или иначе. Различные расстройства личности часто порождают одни и те же модели поведения. Люди и с шизоидным и с избегающим расстройством личности проводят много времени в одиночестве. Однако первые искренне хотят быть одни, тогда как вторые желают социальных контактов, но опасаются их.>

Распространенность шизоидного расстройства личности неизвестна, хотя предполагают, что им страдает менее 1% населения (APA, 1994; Weissman, 1993). Считается, что этому расстройству чуть больше подвержены мужчины и что они более ограничены им в самореализации (APA, 1994).

Возможные причины шизоидного расстройства личности

Многие теоретики психодинамического направления, в частности сторонники теории объектных отношений, утверждают, что в основе шизоидного расстройства личности лежит неудовлетворенная потребность в контактах с людьми (Carstairs, 1992; Horner, 1991, 1975). Родители людей с этим расстройством, подобно родителям тех, кто страдает параноидным расстройством личности, как считается, испытывали неприязнь к своим детям или даже жестоко обращались с ними. Люди с параноидными симптомами отвечают на такое воспитание недоверием, тогда как индивидуумы с шизоидным расстройством личности оказываются неспособными проявить или принять любовь и потому начинают избегать всех отношений. Селф-психологи, еще одна группа теоретиков психодинамики, говорят о «расстройстве «я» при шизоидном расстройстве личности, указывая на отсутствие самоуважения и неспособность создать вокруг себя комфортную обстановку (Cirese, 1993; Gabbard, 1990). Неуверенные в том, что они собой представляют, эти люди не могут установить отношения с окружающими.

Теоретики когнитивного направления, со своей стороны, полагают, что шизоидные личности страдают недостатками мышления. Их мысли, как правило, нечетки и бесплодны, им трудно оцепить окружающую обстановку и правильно воспринять происходящее (Beck & Freeman, 1990). Неспособные уловить эмоциональные реакции других людей, они не могут откликнуться на эмоции окружающих. Согласно этой теории, у детей с шизоидным расстройством личности медленно развиваются речевые и моторные навыки, независимо от того, каков их интеллектуальный уровень (Wolff, 1991).

Методы лечения шизоидного расстройства личности

Уже социально изолированные, люди с этим расстройством личности, как правило, начинают лечение только по причине какого-то другого расстройства, например из-за алкоголизма. Они часто сохраняют дистанцию между собой и терапевтом, по-видимому, не беспокоятся о ходе лечения и в их состоянии происходят, в лучшем случае, небольшие улучшения (Quality Assurance Project, 1990; Siever, 1981).

Когнитивным терапевтам иногда удается помочь этим людям испытать более позитивные эмоции (Beck & Freeman, 1990). Их приемы включают в себя ознакомление пациента со списком эмоций, над которым тот должен поразмышлять, или просьбу вспомнить и описать какие-то приятные ситуации. Терапевты-бихевиористы иногда успешно прививают своим клиентам социальные навыки, используя в качестве средств ролевые игры, контролируемое воздействие неприятных пациенту стимулов (exposure techniques) и домашние задания (Beck & Freeman, 1990). Групповая терапия, очевидно, полезна, когда она создает обстановку, безопасную для социального контакта (Vaillant & Perry, 1985), хотя люди с шизоидным расстройством могут испытывать дискомфорт от любых попыток заставить их принять участие в какой-то деятельности (Gabbard, 1990). Как и в случае параноидного расстройства личности, медикаментозная терапия оказывается малоэффективной (Liebowitz et al.,

1986).

Шизотипическое расстройство личности.

Люди с шизотипическим расстройством личности сталкиваются со множеством межличностных проблем, характеризующихся крайним дискомфортом в близких отношениях, очень странными формами мышления и восприятия и эксцентричным поведением (APA, 1994). Испытывая тревогу в окружении других, они стремятся уединиться и иметь лишь несколько близких друзей. Многие чувствуют себя очень одинокими. Данное расстройство личности носит более тяжелый характер, чем параноидное и шизоидное, как мы видим это в случае с Харолдом.

Харолд был четвертым из семи детей... «Утенок», как звали Харолда, всегда был замкнутым, напуганным и «глуповатым» подростком. Прозвище «Утенок» отражало его необычную походку вразвалочку; в устах окружающих оно носило презрительный и насмешливый оттенок. Харолд редко играл со своими братьями и сестрами или соседскими детьми; его безжалостно дразнили за походку и за то, что он боялся озорных ребят. Харолд был первым козлом отпущения во дворе; его пугал даже самый безобидный взгляд в его сторону...

Семья Харолда была удивлена, когда он показал хорошую успеваемость в первые несколько лет обучения в школе. Однако после перехода в среднюю школу у мальчика начали возникать трудности в учебе. Примерно в возрасте 14 лет его успеваемость стала крайне плохой, он отказывался ходить на занятия и жаловался на различные физические боли неопределенного характера. К 15 годам Харолд совсем перестал посещать школу, оставаясь дома в полуподвальной комнате, которую он делил с двумя младшими братьями. Все в семье начали говорить о нем как о «тронутом». Он размышлял о «непонятных религиозных вещах, лишенных всякого смысла», начал также рисовать «странные картинки» и разговаривать сам с собой. Когда ему исполнилось 16, он однажды выбежал из дома с криком: «Я унесся, я унесся, я унесся...», заявляя, что его «тело унеслось на небеса» и что он должен бегать по улице, чтобы его вернуть. Любопытно, что этот случай произошел вскоре после того, как отец подростка был помещен по решению суда в психиатрическую больницу. К 17 годам Харолд только и делал, что весь день над чем-то размышлял, часто разговаривая вслух на бессмысленном для окружающих языке; он отказывался садиться за обеденный стол вместе с семьей (Millon, 1969, p. 437-348).

Как это имело место в случае с Харолдом, мысли и поведение людей с шизотипическим расстройством личности могут приходить в полный беспорядок (Birtchnell, 1996; APA, 1994). У этих людей порой возникают идеи отношения: им начинает казаться, что посторонние события имеют к ним непосредственное отношение. У них могут присутствовать соматосенсорные иллюзии (bodily illusions), например, переживание деперсонализации и дереализации. Некоторые считают, что обладают особыми экстрасенсорными способностями, а другие полагают, что могут магическим образом контролировать действия окружающих. Иногда они ведут себя крайне эксцентрично, например, любят раз за разом выстраивать пивные бутылки таким образом, чтобы этикетки располагались в определенном порядке, наводят особый порядок в чулане или одеваются в странные наряды. Их эмоции могут быть неадекватными, однообразными или лишенными юмора.

Шизотипическое расстройство личности — расстройство личности, при котором человек сталкивается со множеством межличностных проблем, характеризующихся крайним дискомфортом в близких отношениях, странными формами мышления и восприятия и эксцентричным поведением.

Идеи отношения — представления, что посторонние события имеют к человеку непосредственное отношение.

< **«Таксист».** Некоторые из наиболее запоминающихся персонажей этого фильма страдали явными расстройствами личности. У Трэвиса Бикла, героя фильма «Таксист», по-видимому, проявлялись симптомы шизотипического расстройства личности, например, он испытывал социальный дискомфорт и у него была явно понижена способность к установлению межличностных отношений. Кроме того, он проецировал различные события на самого себя, отличался очень подозрительным характером, манией величия, низким уровнем эмпатии, периодически у него бывали психотические эпизоды.>

Людям с шизотипическим расстройством личности часто бывает очень трудно на чем-то сосредоточиться (Lenzenweger et al., 1991). Эта проблема может объяснить одну из их ключевых особенностей — расплывчатую речь (digressive speech). Такие люди, как правило, говорят в расплывчатой манере, произнося фразы, отличающиеся

чрезмерной сложностью. Их свободные ассоциации становятся причиной того, что окружающим бывает трудно следить за ходом мысли (Caplan et al., 1990). Однако в отличие от шизофрении, эти проблемы, касающиеся внимания и мышления, не приводят к полному разрыву с реальностью.

В силу данных проблем большинство людей с этим расстройством личности бесцельно растрачивают время и ведут праздную, непродуктивную жизнь (Millon, 1990). Они часто выбирают неквалифицированную работу, на которой могут трудиться ниже своих возможностей и которая не требует взаимодействий с другими людьми. Согласно оценкам, шизотипическим расстройством личности могут страдать примерно 3% всех людей, причем мужчины подвержены ему в несколько большей степени, чем женщины (APA, 1994).

Возможные причины шизотипического расстройства личности

Поскольку симптомы шизофрении и шизотипического расстройства личности часто бывают очень похожи, исследователи пытаются продемонстрировать, что факторы, объясняющие одну болезнь, могут также помочь объяснить и вторую (Raine et al., 1997). Они установили, что шизотипические симптомы, подобные шизофреническим паттернам, часто связаны с ущербными коммуникативными отношениями в семье и с психическими расстройствами у родителей (Asarnow et al., 1991; Nagy & Szatmari, 1986). Обнаружено также, что шизотипическому расстройству могут способствовать дефекты внимания, как это, очевидно, происходит в случае шизофрении (Roitman et al., 1997; Weston & Siever, 1993). Наконец, исследователи начинают связывать шизотипическое расстройство с некоторыми биологическими факторами, обнаруживаемыми при шизофрении, такими как высокая активность нейротрансмиттера допамина и увеличенные желудочки мозга (Trestman et al., 1996; Weston & Siever, 1993). Ряд данных указывает также на то, что эти биологические факторы могут иметь генетическую основу (Carey & DiLalla, 1994; Kendler et al, 1991).

Методы лечения шизотипического расстройства личности

Терапия лиц с шизотипическим расстройством личности столь же проблематична, как терапия тех, кто страдает параноидным или шизоидным расстройствами личности (Stone, 1989; McGlashan, 1986). Большинство терапевтов согласны, что пациентам необходимо помочь «восстановить связи» с миром и что они должны признать ограниченность своего мышления и своих возможностей. Поэтому терапевты могут устанавливать для пациентов четкие границы и требовать от них пунктуальности, а также пытаться помочь им увидеть, где заканчиваются их представления и где начинаются представления терапевта (Stone, 1989). Кроме того, терапевты стараются предотвратить дальнейшую социальную изоляцию, сделать жизнь этих людей не столь одинокой, избавить их от чрезмерной самостимуляции и помочь лучше понять собственные чувства (Quality Assurance Project, 1990; Walsh, 1990).

Когнитивные терапевты также пытаются научить своих клиентов объективно оценивать собственные необычные мысли или восприятия и игнорировать неадекватные мысли (Beck & Freeman, 1990). Терапевт может, например, отслеживать странные или магические предсказания клиента и затем указывать на их неточность. Или же терапевт может попросить человека, пускающегося в витиеватые и отвлеченные рассуждения, кратко и четко пояснить, что он пытается сказать. Кроме того, обучение социальным навыкам и указания в отношении подобающей одежды и манер иногда помогают пациентам стать более похожими на окружающих и чувствовать себя более комфортно среди других людей (Liebowitz et al, 1986). Наконец, людям с шизотипическим расстройством личности часто назначают антипсихотические лекарства, частично из-за сходства этого расстройства с шизофренией. Малые дозы таких препаратов, очевидно, помогают некоторым людям, снимая часть их проблем с мышлением (Coccaro, 1998; Weston & Siever, 1993).

Резюме

Расстройство личности — это очень жесткий паттерн внутреннего опыта и внешних действий. Клиническая картина характеризуется обширностью и долговременностью, отличается от того, чего обычно ждут от людей, и сопровождается социальной дезадаптацией. Объяснения большинства расстройств личности находят лишь ограниченное подтверждение в исследованиях. DSM-IV идентифицирует 10 расстройств личности и разбивает их на три группы.

«Странные» расстройства личности. Три расстройства личности характеризуются теми или иными видами странного или эксцентрического поведения, часто присутствующими в таком расстройстве Оси I, как шизофрения. Люди с параноидным расстройством личности отличаются повышенной недоверчивостью и

подозрительностью. Страдающие шизоидным расстройством личности, как правило, избегают социальных контактов и демонстрируют низкий уровень эмоциональной экспрессии. Люди с шизотипическим расстройством личности обнаруживают множество межличностных проблем, характеризуемых крайним дискомфортом в близких отношениях, очень странными формами мышления и поведения и внешней эксцентричностью. Больные с этими тремя видами расстройств обычно избегают лечения, результаты которого оказываются в лучшем случае скромными.

«Драматические» расстройства личности.

К «драматическим» (аффектированным) расстройствам личности («dramatic» personality disorders) относят антисоциальное, пограничное, гистрионное и нарциссическое расстройства. Поведение людей с этими расстройствами личности настолько театрально, эмоционально или беспорядочно, что им почти невозможно установить с кем-либо по-настоящему теплые и удовлетворительные отношения. Эти расстройства личности диагностируют чаще, чем остальные (Fabrega et al., 1991). Однако в течение долгих лет пристальное внимание исследователей привлекало только антисоциальное расстройство личности, частично потому, что оно порождает для общества очень много проблем. Причины этих расстройств на сегодняшний день остаются недостаточно понятными, а их лечение оказывается в лучшем случае ограниченно эффективным.

Антисоциальное расстройство личности.

Иногда описываемые как «психопаты» или «социопаты», люди с антисоциальным расстройством личности систематически игнорируют или нарушают права других людей (APA, 1994). Не считая расстройств, вызванных употреблением наркотических препаратов, это расстройство личности наиболее тесным образом связано с криминальным поведением взрослых людей.

<Антисоциальность и человекоубийство. Поведение Чарлза Мэнсона, который в 1969 году приказал своим последователям убить девять человек, удовлетворяет многим критериям антисоциального расстройства личности, включая игнорирование и попрание прав других людей, импульсивность действий, пренебрежение к истине и отсутствие угрызений совести. В одном из недавних интервью Мэнсон похвально: «Я был безумным, когда безумство что-то значило».>

Антисоциальное расстройство личности (antisocial personality disorder) — расстройство личности, характеризующееся систематическим игнорированием и нарушением прав других людей.

Страдающие антисоциальным расстройством еще до 15-летнего возраста демонстрируют модели негативного поведения, например, прогуливают учебные занятия, убегают из дома, совершают жестокости по отношению к животным или людям, портят имущество и устраивают поджоги. Роберт Хэйр (Hare, 1993), один из ведущих мировых специалистов в области антисоциального расстройства личности, вспоминает о том, как он встретился в начале своей профессиональной деятельности с Реєм, заключенным, страдавшим этим расстройством.

В начале 1960-х годов я начал работать психологом в системе исправительных учреждений штата Британская Колумбия. Я не пробыл в своем кабинете еще и часа, когда появился мой первый «клиент». Это был высокий, стройный, темно-волосый мужчина тридцати с лишним лет. Казалось, что все вокруг него вибрировало, а взгляд, которым он на меня смотрел, был таким прямым и напряженным, что я засомневался, глядел ли я прежде кому-либо в глаза по-настоящему. Этот взгляд был неослабным; посетитель ни на секунду не позволял себе отводить глаза в сторону — прием, который большинство людей используют для смятения силы своего взгляда.

Не дожидаясь вступительных слов с моей стороны, заключенный — я назову его Реєм — начал разговор: «Привет, док; как дела? Видите ли, у меня есть одна проблема. Мне нужна ваша помощь. Я бы хотел поговорить с вами об этом».

Радуюсь возможности начать настоящую психотерапевтическую работу, я попросил его рассказать мне о сути дела. В ответ он вытащил нож и помахал им перед моим носом, все время улыбаясь и продолжая удерживать контакт глаз.

Убедившись, что я не собираюсь нажимать на кнопку тревоги, он объяснил, что не намерен мне угрожать, нож ему нужен, чтобы расправиться с другим заключенным, который пристаёт к его «протее» (тюремный термин для пассивного участника гомосексуальных отношений). Я не сразу понял, зачем он мне все это рассказывает,

но вскоре стал подозревать, что Рей меня проверяет, пытаюсь определить, к какому типу тюремных служащих я отношусь.

Начиная с этой первой встречи, Рей сделал мою восьмимесячную работу в тюрьме просто невыносимой. Его посещения и попытки заставить меня выполнить ту или иную просьбу были бесконечными. Однажды он убедил меня в том, что может стать классным поваром, и я походатайствовал, чтобы Рея перевели из механической мастерской (где он, очевидно, и изготовил нож). Я не учел того, что на кухне можно было разжиться сахаром, картофелем, фруктами и другими продуктами, которые служат для производства самогона. Через несколько месяцев после того, как я одобрил это перемещение, под настилом пола, прямо там, где находился стол надзирателя, произошел мощный взрыв. Когда волнение улеглось, мы обнаружили под полом сложную систему для дистилляции спирта. Что-то не сработало, и одна из емкостей взорвалась. В присутствии перегонного куба в тюрьме строгого режима не было ничего необычного, но то, что у заключенных хватило наглости расположить его прямо под местом надзирателя, потрясло многих. Когда выяснилось, что вдохновителем самогоноварения был Рей, ему пришлось провести некоторое время в одиночной камере.

Сразу же по выходе из карцера Рей появился в моем кабинете, как будто ничего не произошло, и попросил о переводе его из кухни в автомастерскую — он почувствовал, что у него есть дар к этому занятию; он считал необходимым подготовиться к жизни на воле; если у него будет время попрактиковаться, он сможет открыть собственную ремонтную мастерскую после освобождения. Я все еще переживал по поводу своего участия в первом переводе, но в конце концов Рей меня уговорил.

Вскоре после этого я решил покинуть тюрьму, чтобы добиваться получения докторской степени по психологии, и примерно за месяц до того, как я отбыл, Рей почти убедил меня попросить моего отца, строительного подрядчика, дать ему работу, которая должна была составить одно из условий досрочного освобождения.

Рей обладал невероятной способностью обводить вокруг пальца не только меня, но и всех остальных. Он мог говорить и лгать так гладко и непосредственно, что иногда ему удавалось обезоружить даже самых опытных и циничных тюремных служащих. Когда я с ним встретился, за его спиной был длинный список преступлений (и, как оказалось, в будущем этот список вырос еще больше); почти половину своей жизни он провел в тюрьме, причем многие из его преступлений были связаны с насилием. Он лгал постоянно, с ленцой, обо всем, и его нисколько не беспокоило, если я указывал на какой-то факт в его досье, который противоречил его словам. Он просто менял тему разговора и начинал распространяться о чем-то совершенно ином. В конце концов, убедившись, что он едва ли является отменным кандидатом для работы в фирме моего отца, я отклонил просьбу Рея — и был потрясен его злобной реакцией на отказ.

Прежде чем покинуть тюрьму и перейти в университет, я решил воспользоваться льготой, предоставляемой тюремным служащим, которые могли отремонтировать свою машину в тюремной автомастерской — где Рей по-прежнему работал благодаря мне (чего он никогда бы ни признал). Машину покрасили в новый цвет, а мотор и трансмиссия были отрегулированы.

Водрузив свою поклажу на верхний багажник автомобиля и посадив нашего маленького ребенка в деревянную кроватку на заднем сиденье, мы с женой выехали в Онтарио. Первые проблемы начались вскоре после нашего выезда из Ванкувера, когда двигатель стал работать с перебоями. Затем, когда нам пришлось ехать в гору, выкипел радиатор. Автomeханик обнаружил шарикоподшипники в поплавковой камере карбюратора; он также указал на явное повреждение одного из патрубков радиатора. Эти неполадки были устранены довольно быстро, но следующая, которая возникла, когда мы ехали вниз с холма, оказалась более серьезной. Педаль тормоза перестала слушаться, а затем просто утонула в полу — мы остались без тормозов, а спуск был очень длинным. К счастью, мы добрались до станции техобслуживания, где выяснилось, что тормозной трубопровод был надпилен таким образом, чтобы происходила медленная утечка жидкости. Возможно, это было совпадением, что Рей работал в мастерской, когда автомобиль приводили в порядок, но я не сомневаюсь, что тюремный «телеграф» сообщил ему, кто является владельцем машины (Hare, 1993).

<Психологические заметки. В XIX веке антисоциальное расстройство личности называли «моральным безумием».>

Подобно Рею, люди с антисоциальным расстройством личности постоянно лгут (Seto et al., 1997). Многие не могут систематически трудиться; они часто отсутствуют на

рабочем месте и нередко совсем бросают работу (Bland et al., 1988). Обычно эти люди небрежно обращаются с деньгами, часто забывая отдавать долги. Они импульсивны и начинают действовать, не задумываясь о последствиях (Lykken, 1995). Они могут быть раздражительными и агрессивными и часто ввязываются в драки (Vaillant, 1994). Многие постоянно переезжают с места на место.

Безрассудные и эгоцентричные, люди с антисоциальным расстройством личности мало беспокоятся о безопасности, как своей собственной, так и окружающих, даже своих детей. Многим также трудно сохранять близкие отношения (Birtchnell, 1996; Whitely, 1994). Обычно они умело добиваются собственной выгоды за счет других людей. Страдания или ущерб, который они причиняют, редко их тревожит, поэтому клиницисты обычно говорят, что у этих людей нет совести (Lykken, 1995). Они считают свои жертвы слабыми и заслуживающими того, чтобы их обманывали или обкрадывали.

Исследования показывают, что антисоциальным расстройством личности страдает до 3,5% взрослого населения США (APA, 1994; Kessler et al., 1994). Среди мужчин это расстройство встречается в три раза чаще, чем среди женщин (APA, 1994). Белым американцам такой диагноз ставят несколько чаще, чем афроамериканцам (Robins et al., 1991).

Поскольку люди с этим расстройством личности часто оказываются в заключении, многие исследователи изучают антисоциальные модели поведения на тюремном контингенте (Lish et al., 1996; Parker, 1991). У мужчин в городских тюрьмах антисоциальный паттерн личности находится в тесной связи с прошлыми арестами за насильственные преступления (Abram & Teplin, 1990). У многих людей с этим расстройством криминальное поведение идет на убыль после 40 лет; некоторые, однако, продолжают заниматься преступной деятельностью всю свою жизнь (Arboleda-Florez & Holley, 1991).

Исследования и клинические наблюдения также свидетельствуют о том, что среди антисоциальных личностей алкоголизм и другие расстройства, связанные с употреблением наркотических препаратов, распространены в большей степени, чем среди остального населения (Myers, Stewart & Brown, 1998; Sher & Trull, 1994).

Возможно, ранняя интоксикация и употребление наркотиков растормаживают их поведение, способствуя тем самым возникновению антисоциального расстройства личности (Kaminer, 1991). Или наоборот, антисоциальное расстройство личности делает человека более предрасположенным к употреблению наркотических веществ (Bukstein et al, 1989). И опять же, как антисоциальное расстройство личности, так и употребление наркотиков могут быть вызваны одной и той же причиной, например, скрытой потребностью совершать рискованные поступки (Sher & Trull, 1994).

Любопытно, что наркоманы с этим расстройством личности часто указывают на приятные аспекты употребления наркотиков как на причину возникновения и сохранения наркотической зависимости (Mirin & Weiss, 1991).

<Социопатия на киноэкране. Одним из наиболее пугающих и запоминающихся персонажей в художественных произведениях и кинематографии является Алекс, чьи дикие сексуальные мысли и поступки в фильме «Заводной апельсин» составляли часть обширного антисоциального паттерна.>

Страны	Процент подростков, выбравших насильственные реакции, %
Новая Зеландия	38,7
Австралия	37,8
Северная Ирландия	32,6
США	30,2
Япония	29,0
Англия	28,7
Канада	27,2
Франция	24,2
Мексика	19,9
Швеция	19,3
Корея	18,6

Рисунок 14.3. Не являются ли некоторые общественные формации более антисоциальными, чем другие? В ходе одного международного исследования подростков просили написать рассказ о том, как воображаемые персонажи поведут себя в различных конфликтных ситуациях. Около трети новозеландцев, австралийцев, североирландцев и американцев выбрали насильственные реакции, в сравнении с одной пятой испытуемых из Кореи, Швеции и Мексики. (Archer & McDaniel, 1995.)

Возможные причины антисоциального расстройства личности

В основе объяснений антисоциального расстройства личности лежат психодинамическая, поведенческая, когнитивная и биологическая теории. Теоретики психодинамического направления предполагают, что это расстройство, подобно многим другим расстройствам личности, начинается с отсутствия родительской любви в период младенчества, и это приводит к отсутствию общего доверия к людям (Gabbard, 1990). Дети, у которых обнаруживается антисоциальное расстройство личности, реагируют на подобный ранний опыт эмоциональной отчужденностью и пытаются устанавливать контакты с окружающими только силовым и деструктивным путем.

В подтверждение психодинамической теории исследователи обнаруживают, что люди с этим расстройством чаще, чем остальные, сталкивались в свои детские годы со стрессом, в частности в таких его формах, как бедность семьи, насилие в семье и родительские ссоры или развод (Luntz & Widom, 1994; Farrington, 1991). Многие из них также воспитывались родителями, которые сами страдали антисоциальным расстройством личности (Lahey et al., 1988). Несомненно, что имея такого родителя, человек мог утратить веру в других людей.

Многие теоретики-бихевиористы предполагают, что антисоциальные симптомы могли быть приобретены посредством подражания, или имитации. В качестве доказательства они также указывают на большую распространенность антисоциальных расстройств личности среди родителей людей с этим расстройством. Другие бихевиористы считают, что некоторые родители непреднамеренно прививают своим детям антисоциальное поведение, регулярно подкрепляя агрессивное поведение ребенка (Capaldi & Patterson, 1994; Patterson, 1986, 1982). Например, когда ребенок плохо себя ведет или отвечает насилием на родительские просьбы или требования, родители могут уступать ему, чтобы восстановить мирные отношения. Неумышленно они могут прививать ребенку упрямство, а возможно, даже жестокость.

<«Общество подготавливает преступление; преступник его совершает». — Бокль>
Теоретики когнитивного направления полагают, что люди с антисоциальным расстройством личности придерживаются установок, которые не принимают во внимание значимость потребностей окружающих (Levenson, 1992). Такая жизненная философия, по мнению теоретиков, может быть распространена в нашем обществе намного шире, чем кому-то кажется (рис. 14.3). Кроме того, людям с этим расстройством действительно трудно принять во внимание точку зрения, отличающуюся от их собственной.

Наконец, ряд исследований позволяет предположить, что в антисоциальном расстройстве личности могут играть важную роль биологические факторы. Исследования показывают, что люди с этим расстройством часто менее тревожны, чем другие (Zuckerman, 1996; Lykken, 1995). В свою очередь, им может не хватать элемента, являющегося ключевым в процессе научения. Это может объяснить, почему им так трудно учиться на своих ошибках или уловить эмоциональные реакции окружающих.

В нескольких исследованиях было установлено, что испытуемые с антисоциальным расстройством личности менее способны, чем испытуемые из контрольной группы, решать лабораторные задания, такие как нахождение выхода из лабиринта, когда ключевыми подкреплениями являются наказания, например, какое-то шоковое воздействие или денежный штраф (Newman et al., 1992, 1987; Lykken, 1995, 1957). Когда экспериментаторы делают наказания более явными или заставляют испытуемых обращать на них внимание, научение улучшается. Однако предоставленные самим себе, испытуемые с этим расстройством не слишком реагируют на наказания. Возможно, негативные события просто не вызывают у этих индивидуумов такой тревоги, как у других людей.

Почему же люди с антисоциальным расстройством личности испытывают меньшую тревогу, чем остальные? Исследователи-биологи обнаружили, что испытуемые с этим расстройством часто реагируют на предупреждения или ожидание стресса низким возбуждением головного мозга и органики, например, медленным возбуждением

автономной нервной системы и низкочастотными волнами ЭЭГ (Patrick et al., 1993, 1990; Hare, 1982, 1978). В силу низкого возбуждения этим людям может быть трудно улавливать угрожающие или эмоциональные ситуации, и такие ситуации могут оказывать на них незначительное воздействие.

Возможно также, что малое физиологическое возбуждение заставляет людей с этим расстройством личности идти на риск и искать приключений. Антисоциальная деятельность может их притягивать именно потому, что она удовлетворяет потребность в большем возбуждении. В пользу этой идеи говорит то, что антисоциальное расстройство личности, как мы наблюдали это ранее, часто сопровождается поведением, характеризующимся поиском острых ощущений (Hesselbrock & Hesselbrock, 1992; Zuckerman, 1989, 1978).

Патология и искусство

Когда жизнь подражает искусству

В фильме Оливера Стоуна «Прирожденные убийцы» (Natural Born Killers) (1994) рассказывается о двух ищущих приключений социопатах, Мики и Мэллори, которые становятся всемирно известными, разъезжая по стране и зверски убивая людей. Стоун хотел сделать этот фильм сатирой на наше жаждущее насилия общество, но фильм дал толчок большому числу подражательных убийств, чем какая-либо иная кинокартина (Shnayerson, 1996). Множество молодых людей совершали схожие серии убийств, называя фильм тем источником, который подтолкнул их к этому.

Феномен подобного подражания не нов. Когда в 1971 году на экраны вышел фильм Стэнли Кубрика «Заводной апельсин», критики расхваливали его важную социальную направленность. Но после того как группа английских юношей скопировала действия лидера шайки из этой кинокартины и изнасиловала женщину под мелодию «Песни под дождем» (Singin' in the Rain), фильм Кубрика был запрещен для показа в Великобритании (Shnayerson, 1996). Этот запрет сохраняется и по сей день.

<Вопросы для размышления. Должны ли индивидуумы уже быть антисоциально настроенными, прежде чем подобные фильмы окажут на них свое влияние, или же фильмы вносят путаницу в сознание, прославляя преступное и жестокое поведение? Должны ли режиссеры и сценаристы учитывать возможное психологическое воздействие своей работы на определенных личностей до того, как берутся за подобные проекты?>

Методы лечения антисоциального расстройства личности

Лечению подвергается приблизительно одна треть всех людей с этим расстройством (Regier et al., 1993), однако ни один из методов лечения не является, по-видимому, эффективным. Серьезной проблемой является отсутствие совести у этих людей и их нежелание меняться (Widiger, Corbitt & Millon, 1992). Большую часть заставляют лечиться их работодатели, учебные заведения или правоохранительные органы, или же они попадают в поле зрения терапевтов в связи с каким-то другим расстройством (Fulwiler & Pope, 1987). Неудивительно, что в одном исследовании было обнаружено, что 70% этих пациентов прекращают лечение раньше времени (Gabbard & Coyne, 1987).

Некоторые терапевты когнитивно-поведенческого направления пытаются заставить клиентов с антисоциальным расстройством личности задуматься о моральных вопросах и о потребностях других людей (Beck & Freeman, 1990). Кроме того, в ряде больниц и тюрем стараются создать терапевтическое сообщество для людей с этим расстройством, структурированную среду, которая учила бы их нести ответственность перед другими людьми (Reid & Burke, 1989; Salama, 1988). Еще один популярный подход используют программы «борьбы с одичанием» (challenging wilderness programs), нацеленные на то, чтобы придать человеку уверенность в себе, поднять его самооценку и сделать более преданным интересам группы (Reid & Burke, 1989).

Некоторые лица, по-видимому, извлекают пользу из таких программ. Однако, как правило, большая часть сегодняшних лечебных подходов оказывает незначительное влияние на людей с антисоциальным расстройством личности или вообще на них не действует.

<Вопросы для размышления. Антисоциальное расстройство личности — одна из наиболее противоречивых категорий в клинической области. Некоторые люди доказывают, что это всего лишь псевдоклиническое название для мошенников и иных преступных элементов. Другие же считают, что это серьезное психическое расстройство, которое клиницисты должны лучше понять и лечить более эффективно. Какие аргументы может использовать каждая сторона в защиту своей позиции?>

Пограничное расстройство личности.

Люди с пограничным расстройством личности отличаются значительной неустойчивостью, в частности, им свойственны сильные изменения настроения, неустойчивая самооценка и импульсивность. Эти характеристики дополняют друг друга, что делает отношения таких людей с окружающими также очень нестабильными (Barratt & Stanford, 1996; APA, 1994). Некоторые из трудностей Эллен Фарбер являются вполне типичными для данного расстройства.

Эллен Фарбер, 35-летняя одинокая сотрудница страховой компании, пришла в кабинет неотложной психиатрической помощи университетской клиники с жалобами на депрессию и мысли о том, что ее автомобиль может сорваться с обрыва. Мисс Фарбер находилась в явно угнетенном состоянии. Она сообщила о 6-месячном периоде все возрастающей тоски, отсутствия энергии и неспособности радоваться. Чувствуя себя «сделанной из свинца», в последнее время она проводила в постели по 15-20 часов в сутки. Она также сообщила о ежедневных эпизодах обжорства, когда она поедала «все, что могла найти», включая целые шоколадные торты или коробки печенья. Она сказала, что проблемы с периодическим чревоугодием начались у нее еще в подростковый период, но что в последнее время участились.

Мисс Фарбер приписала эти обострившиеся симптомы финансовым трудностям. Она была уволена со своей работы за две недели до того, как пришла на прием, и утверждала, что причиной увольнения было то, что она «заняла небольшую сумму денег». Когда ее попросили высказаться точнее, клиента сообщила, что должна 150 тысяч долларов своему бывшему работодателю и еще 100 тысяч различным местным банкам. С 30 до 33 лет она использовала кредитные карточки своего патрона на то, чтобы совершать еженедельные «сумасшедшие покупки», в результате чего оказалась должна 150 тысяч. Чтобы избавиться от угнетенного состояния, она импульсивно покупала дорогие ювелирные изделия, часы или множество пар одинаковых туфель. В дополнение к мучившему ее всю жизнь чувству опустошенности мисс Фарбер пожаловалась на хроническую неуверенность в отношении того, что она хочет делать в жизни и с кем хочет дружить. У нее было множество коротких, напряженных отношений, как с мужчинами, так и с женщинами, но ее вспыльчивый нрав приводил к частым ссорам и даже физическим столкновениям. Хотя мисс Фарбер всегда считала свое детство счастливым и безоблачным, но когда впадала в депрессию, то начинала вспоминать о том, как мать наказывала ее словесно и физически (Spitzer et al., 1994, p. 395-397).

Подобно Эллен Фарбер, люди с пограничным расстройством личности периодически демонстрируют раздражительность, впадают в крайне депрессивные, тревожные состояния, которые длятся от нескольких часов до нескольких дней или более (табл. 14.1). По-видимому, окружающий мир и их эмоции находятся в постоянном конфликте (Perry & Cooper, 1986). Они предрасположены к приступам гнева (Gardner et al., 1991), иногда заканчивающимся физической агрессией и насилием (Lish et al., 1996). Однако столь же часто они направляют свой гнев на себя и могут причинить себе телесные повреждения. В эпицентре проблем многих из них лежит тревога по поводу глубокого чувства внутренней пустоты.

Пограничное расстройство личности — расстройство личности, при котором человек демонстрирует постоянную неустойчивость в межличностных отношениях, представлении о самом себе и настроении, а также крайнюю импульсивность поведения.

Пациентами в кабинетах неотложной психиатрической помощи часто оказываются люди с пограничным расстройством личности, которые причинили себе какой-то вред (Bongar et al., 1990; Margo & Newman, 1989). Их импульсивное, саморазрушительное поведение может начинаться со злоупотребления алкоголем и наркотиками и заканчиваться совершением правонарушений, рискованным сексом, лихой ездой на автомобиле и нанесением себе ран (Morgenstern et al., 1997; Garfinkel & Gallop, 1992). Нередки и суицидальные мысли и действия (Moskovitz, 1996; APA, 1994). Многие, подобно Эллен Фарбер, пытаются причинить себе какой-то вред, стараясь таким образом избавиться от непрерывного чувства опустошенности, скуки и неспособности понять, что они собой представляют.

<«Люди с пограничным расстройством личности представляют собой психологический эквивалент пациента с ожогами по всему телу. Им причиняет боль буквально все». — Маршия Лайнхен (Marcia Linehan), психолог, 1998>

Люди с пограничным расстройством личности зачастую завязывают напряженные, конфликтные отношения, в которых их чувства не обязательно разделяются другим

человеком (Modestin & Villinger, 1989). В этих отношениях они часто переходят границы общепринятой нравственности (Gunderson, 1996; Melges & Swartz, 1989). Рассуждая в дихотомическом (черно-белом) ключе, такие люди быстро выходят из себя, когда их ожидания не оправдываются; однако они сохраняют верность отношениям, парализованные страхом остаться в одиночестве. Они могут наносить себе раны или причинять иной вред, с тем чтобы не позволить другому человеку прервать отношения.

Считается, что пограничным расстройством личности страдает около 2% всего населения. До 75% пациентов, которым ставят этот диагноз, — женщины (Grilo et al., 1996; APA, 1994). Характер течения пограничного расстройства варьируется от человека к человеку. Наиболее часто неустойчивость и риск совершения самоубийства достигают своего пика в период молодости, а затем постепенно идут на убыль (APA, 1994).

Возможные причины пограничного расстройства личности

Поскольку страх быть отвергнутым мучает столь многих людей с пограничным расстройством личности, теоретики психодинамического направления, стараясь объяснить это расстройство, опять рассматривают ранние взаимоотношения ребенка с родителями (Gunderson, 1996). Например, сторонники теории объектных отношений предполагают, что отсутствие внимания со стороны родителей в детстве может приводить к утрате самоуважения, повышенной зависимости и неспособности пережить разрыв отношений (Cardasis, Hochman & Silk, 1997; Richman & Sokolov, 1992).

< **Психологические заметки.** При исследовании лиц, которые признались в том, что они неоднократно наносили себе раны, ожоги или причиняли иные повреждения, были получены следующие данные. Эти люди сообщили, что целью их действий было убедиться, что они еще живы или реально существуют; уменьшить негативные чувства, такие как гнев, страх или чувство вины; подавить мучительные воспоминания; получить повод позвать окружающих на помощь (Bower, 1995).>

Таблица 14.1. Сравнительная характеристика расстройств личности

	Группа в DSM-IV	Схожие расстройства на Оси I	Реакция на лечение
Параноидное	Странная	Шизофрения; бредовое расстройство	Ограниченная
Шизоидное	Странная	Шизофрения; бредовое расстройство	Ограниченная
Шизотипическое	Странная	Шизофрения; бредовое расстройство	Ограниченная
Антисоциальное	Драматическая	Расстройства поведения	Слабая
Пограничное	Драматическая	Расстройства настроения	Ограниченная
Гистрионное	Драматическая	Соматоформные расстройства; расстройства настроения	Ограниченная
Нарциссическое	Драматическая	Циклотимическое расстройство (легкое биполярное расстройство)	Слабая
Избегающее	Тревожная	Социальная фобия	Умеренная
Зависимое	Тревожная	Тревожное расстройство разлучения; дистимическое расстройство (легкое депрессивное расстройство)	Умеренная
Обсессивно-компульсивное	Тревожная	Обсессивно-компульсивное тревожное расстройство	Умеренная

Исследования показывают, что раннее детство многих людей с пограничным расстройством личности хорошо согласуется с данной точкой зрения. Родители этих индивидуумов часто не обращали на них внимания, отвергали их или вели себя каким-то иным неадекватным образом (Ludolph et al., 1990; Paris et al., 1988). Кроме того, детство людей с этим расстройством нередко отмечено частой сменой, разводом или смертью родителей (Plakun, 1991; Wilson et al., 1986). Во многих исследованиях были также выявлены случаи когда-то полученных людьми с пограничными симптомами серьезных травм, включая физическое и сексуальное насилие, а иногда даже инцест (Spoon, 1996; Atlas, 1995). Некоторые теоретики полагают, что это расстройство

может быть продолжением посттравматического стресса, спровоцированного ужасами раннего детства (Gunderson & Sabo, 1993).

Некоторые особенности пограничного расстройства личности связывают с биологическими аномалиями. У страдающих им людей, которые отличаются особой импульсивностью, выражающейся в суицидальных попытках или агрессии против других лиц, очевидно, понижена активность серотонина в головном мозге (Spoont, 1996; Weston & Siever, 1993). У людей с этим расстройством также отмечаются аномалии сна, схожие с теми, которые бывают у депрессивных личностей (Siever & Davis, 1991). Биологические наблюдения подтверждает то, что близкие родственники людей с пограничным расстройством страдают им в пять раз чаще, чем население в целом (Kendler et al., 1991; Torgersen, 1984).

Наконец, некоторые теоретики социокультурного направления полагают, что случаи пограничного расстройства чаще происходят в обществах, которые меняются быстрыми темпами. Когда общество становится неустойчивым, доказывают они, у многих его членов неизбежно появляются проблемы с идентичностью, чувство опустошенности, повышенная тревожность и страхи быть отвергнутыми (Paris, 1991). Семейные ячейки могут распадаться, и люди начинают меньше беспокоиться о социальных вопросах. Перемены такого рода в современном обществе могут объяснить возрастающее количество случаев этого расстройства.

Крупным планом

Азартные игры и другие проблемы импульсивного характера

Импульсивность является симптомом многих психических расстройств, включая антисоциальное и пограничное расстройства личности. DSM-IV также перечисляет несколько расстройств, отличительной особенностью которых является скорее импульсивность, чем личность. Люди с этими расстройствами влечений (impulse-control disorders) не могут устоять перед импульсом, влечением или соблазном совершить действия, которые причиняют вред им самим или окружающим (APA, 1994). Обычно они ощущают все возрастающее напряжение перед совершением такого действия и облегчение, когда уступают импульсу. Некоторые, но не все, впоследствии испытывают сожаление или чувство вины. Расстройства привычек и влечений включают в себя пироманию, kleptomанию, периодическую эксплозивность, трихотилломанию и патологическую склонность к азартным играм.

Пиромания (pyromania) — это сознательное и неоднократное устройство поджогов с целью получения удовольствия или снятия напряжения. Она отличается от поджигательства, совершаемого в отместку или ради получения финансовых выгод. Kleptomания (kleptomania) — это стойкая неспособность устоять перед импульсом что-то украсть. У людей с таким расстройством личности часто бывает более чем достаточно денег, чтобы заплатить за украденные ими вещи.

Лица, страдающие периодической эксплозивностью (взрывчатостью) (intermittent explosive disorder), подвержены повторяющимся вспышкам агрессии, при которых они могут нападать на людей и портить имущество. Их взрывы выходят далеко за те пределы, которые можно было бы объяснить провокацией с чьей-либо стороны.

Люди с трихотилломанией (trichotillomania) раз за разом выдергивают волосы из различных частей своего тела, прежде всего из головы и бровей, а также ресницы (Keuthen et al, 1998; Christenson & McKenzie, 1995).

Наиболее распространенное из расстройств привычек и влечений — патологическая склонность к азартным играм (патологический гемблинг) (pathological gambling), постоянное участие в азартных играх, которое вносит разлад в семейную и профессиональную жизнь человека (APA, 1994).

Согласно оценкам, патологической склонности к азартным играм подвержены от 1 до 3% взрослых, а также многие подростки (Buckley, 1995; APA, 1994). Однако клиницисты стараются отделять патологическую склонность к азартным играм от увлечения игрой. Патологическая склонность к игре определяется скорее не количеством времени и денег, потраченных на игру, а зависимым характером поведения. Люди с этим расстройством не могут отказаться от заключения пари и проявляют беспокойство и раздражение, если им не дают возможности играть. Повторные проигрыши денег заставляют их играть снова и снова в попытке вернуть деньги, и игра продолжается, несмотря на финансовые, социальные проблемы и ослабление здоровья. Многие люди проходят через четыре последовательные фазы: выигрыш, проигрыш, безрассудство и безнадежность (Rosenthal, 1992).

В последнее время избавлению от патологической склонности к азартным играм уделяется большое внимание. Наиболее эффективными являются, как правило,

методы лечения, которые сочетают в себе когнитивные, поведенческие и другие подходы, помогая людям овладеть навыками контроля за своими действиями (Echeburra, Banz & Fernandez-Montalvo, 1996; Bujold et al., 1994). Люди, вступающие в группы самопомощи и поддержки, такие как Анонимные игроки — сеть организаций, созданная по примеру Анонимных алкоголиков, — по-видимому, чаще возвращаются к нормальной жизни, возможно, частично благодаря тому, что они допускают наличие у себя проблемы и стараются ее преодолеть.

В последнее время многие задают следующий вопрос: не происходит ли так, что клиническая точка зрения на страсть к азартным играм в какой-то степени извиняет эту модель поведения, отличающуюся безответственностью и часто оказывающуюся противозаконной (Vatz & Weinberg, 1993). Однако ряд недавних исследований позволяет предположить, что за патологической склонностью к азартным играм и некоторыми другими расстройствами контроля влечений лежат биохимические факторы (Stein et al., 1993; McElroy et al., 1992).

Методы лечения пограничного расстройства личности

Представляется, что долговременная психотерапия сможет в конце концов добиться определенного прогресса в излечении людей с этим расстройством (Sleek, 1997; Moskovitz, 1996). Тем не менее терапевты встречаются со многими трудностями в своей работе. Например, им необходимо найти баланс между сопереживанием гневным чувствам таких клиентов и коррективкой их взглядов (Beck, 1997; Horton, 1992). Кроме того, если в лечении человека все-таки происходит прогресс, окончательное выздоровление может быть затруднено из-за проблем этого индивидуума с взаимоотношениями и его опасения остаться одному (Sansone et al., 1991).

Психодинамическая терапия добивается некоторых успехов, когда сосредоточивает внимание на беспокойстве пациента по поводу его основных отношений, слабого Эго (неразвитом ощущении «я») и крайней степени одиночества и опустошенности (Gunderson, 1996; Michels, 1992). Этот метод иногда сочетается с когнитивным и поведенческим подходами, при которых терапевты стараются помочь людям понять точку зрения окружающих (Linehan et al., 1991). К примеру, терапевт может предложить альтернативные интерпретации событий и смоделировать реакции на те или иные ситуации (Western, 1991).

Групповая терапия также помогает некоторым людям с пограничным расстройством личности (Moskovitz, 1996; Leszcz, 1992). Она предлагает им возможность установить тесные отношения с несколькими людьми, вместо того чтобы выплескивать все свои эмоции на одного-двух «избранных» и возлагать все свои надежды только на них.

<Безрассудный акт. В 1994 году люди во многих странах мира испытали чувство гнева и негодования, когда узнали о том, что Сьюзен Смит убила двух своих сыновей, заперев их в семейном автомобиле и столкнув его в реку. В течение нескольких дней эта женщина с юга Калифорнии обливаясь слезами рассказывала историю о похищении мальчиков и молила об их благополучном возвращении домой, обманывая всех, включая своего бывшего мужа. Некоторые клиницисты считают, что импульсивный и жестокий поступок Смит, ее поверхностные побуждения, постоянно меняющееся настроение и неустойчивая самооценка, а также ее способность умело обманывать окружающих отражают симптомы либо пограничного, либо антисоциального расстройства личности.>

Наконец, антидепрессанты, антипсихотики и лекарства, применяемые при биполярном расстройстве и тревожных состояниях, помогают некоторым людям уменьшить свои эмоциональные и агрессивные вспышки (Bendetti et al., 1998; Weston & Siever, 1993; Siever & Davis, 1991). Однако назначение лекарств при амбулаторном лечении пациентов с пограничным расстройством личности вызывает сомнения, учитывая повышенный риск того, что человек может совершить суицид. В отдельных случаях помогает сочетание медикаментозной терапии и психотерапии (Koenigsberg, 1992).

Гистрионное расстройство личности.

Люди с гистрионным расстройством личности (от лат. histrio актер. — Прим. перев.). некогда называвшемся истерическим расстройством личности, крайне эмоциональны и постоянно добиваются к себе внимания (APA, 1994). Как правило, их описывают как «эмоционально заряженных». Неумеренное, быстро меняющееся настроение может весьма осложнять им жизнь, как мы видим это в случае со Сьюзен.

Сьюзен, привлекательная и живая женщина, обратилась за помощью к терапевту в надежде, что ей удастся предотвратить распад ее третьего брака. Проблема, с которой

она столкнулась, носила рецидивирующий характер и заключалась в том, что ей «наскучил» ее муж и она стала проявлять все больший интерес к другим мужчинам. Сьюзен была на грани «очередной интрижки» и решила, что перед тем как «снова уступить своим импульсам», ей «стоит остановиться и хорошенько посмотреть» на себя.

Сьюзен пользовалась у мужчин большим успехом еще когда была подростком. Вместо того чтобы продолжить обучение в колледже, она поступила в художественное училище, где встретила сокурсника, за которого и вышла замуж — «красивого, состоятельного бездельника». К концу первого года своего супружества они с мужем начали «спать с кем попало», и она «не была уверена», что отцом ее дочери был муж. Через несколько месяцев после рождения ребенка они развелись.

Вскоре после этого она вышла замуж за 40-летнего мужчину, который привел Сьюзен с ее дочерью в «уютный дом» и одарил их «вниманием и большой любовью». Эта была «славная жизнь» — те четыре года, что длилось их супружество. На третий год их брака она увлеклась молодым человеком, с которым они вместе учились танцам. Их связь продолжалась недолго, но за ней последовала череда других коротких романов. Муж узнал о ее приключениях, но принял ее раскаяния и уверения, что подобного больше не будет. Подобное повторилось, и брак был расторгнут после скандального судебного процесса.

Сьюзен «перебивалась» одна в течение следующих двух лет, пока не встретила своего нынешнего мужа, талантливого писателя, который «знал все» о ее прошлом. В течение еще трех лет у нее не возникало желания развлечься на стороне. Она получала удовольствие от «заигрывания» с другими мужчинами, но оставалась верной своему мужу, даже несмотря на то, что он, работая журналистом, уезжал в командировки на месяц-другой. Однако во время его последней поездки у нее пробудилась «старая тяга» к любовным приключениям. Именно в этот момент она и обратилась к терапевту (Millon, 1969, p. 251).

Люди с гистрионным расстройством личности все время «на сцене», даже описывая повседневные события, они прибегают к театральным жестам и вычурной речи. Они постоянно меняются, стараясь привлечь внимание окружающих и произвести на них впечатление. При этом такие люди меняют от одной ситуации к другой не только внешние черты, но также свое мнение и убеждения; кажется, что у них отсутствует ощущение того, что они собой в действительности представляют. Их речь скорее бедна существенными деталями, и они часто следуют последнему крику моды, стараясь вызвать у других восхищение.

Гистрионное расстройство личности — расстройство личности, при котором человек отличается чрезмерной эмоциональностью и стремлением привлечь к себе внимание. Ранее называлось истерическим расстройством личности.

Одобрение и похвала составляют смысл жизни этих индивидуумов; они должны сделать окружающих свидетелями своей эмоциональной приподнятости и проявлений своего настроения. Они не способны откладывать на долгий срок получение удовольствия. Тщеславные, эгоцентричные и настойчивые, они излишне бурно реагируют на любое незначительное событие, которое встает на пути их поиска внимания. Некоторые совершают попытки самоубийства, главным образом для того, чтобы манипулировать окружающими (Guillard & Guillard, 1987).

Люди с этим расстройством личности могут привлекать к себе внимание, преувеличивая свои физические недомогания или ощущение собственной слабости (Morrison, 1989). Они могут также вести себя в очень провокационной манере и пытаться сексуально соблазнить других людей. Большинство озабочены тем, как они выглядят и как другие их воспринимают, часто нося яркие, бросающиеся в глаза наряды. Кроме того, они склонны преувеличивать свои отношения — например, могут считать себя близкими друзьями людей, которые в действительности рассматривают их всего лишь как случайных знакомых. Они, как правило, завязывают любовные отношения с людьми, которые могут возбуждать интерес, но не обращаются с ними должным образом.

До недавних пор считалось, что это расстройство чаще встречается у женщин, чем у мужчин (Reich, 1987). Клиницисты долгое время описывали «истерических жен» (Char, 1985). Однако несколько исследований обнаружили гендерную тенденциозность в том, как раньше ставились подобные диагнозы. Читая истории болезни людей, обладавших как гистрионными, так и антисоциальными чертами, клиницисты в ряде исследований чаще ставили диагноз гистрионного расстройства женщинам, чем мужчинам (Ford & Widiger, 1989; Hamilton et al., 1986). Недавние

исследования позволяют предположить, что это расстройство личности встречается у 2-3% взрослых людей, причем мужчины и женщины подвержены ему в равной степени (APA, 1994; Nestadt et al., 1990).

Сцены из современной жизни

«Что за запутанный клубок...»

Одним из наиболее популярных кинофильмов 1997 года стала картина «Лжец, лжец» (Liar, Liar) с Джимом Кэрри (Carrey) в главной роли. Сюжет фильма — отъявленный лжец теряет свою способность обманывать — вызвал отклик у большинства зрителей. Время от времени лгут почти все, но многим из нас известны люди, которые, подобно персонажу Кэрри, лгут постоянно, как будто их что-то заставляет это делать. Причем эта ложь далеко не всегда вызвана целями безопасности и часто навлекает на них неприятности (Ford et al., 1988). Любопытно, что навязчивая ложь не считается расстройством, хотя она иногда является характеристикой людей с антисоциальным, гистрионным или нарциссическим расстройством личности. Не стала ложь и объектом пристального внимания со стороны клиницистов-теоретиков и исследователей.

<Вопросы для размышления. В чем может состоять отличие между «нормальной» и «патологической» ложью? Если ложь иногда носит оттенок патологии, почему тогда ее не изучают более внимательно? Каково отношение ко лжи различных институтов нашего общества — бизнеса, правительства, образования, науки, религии — и как их взгляды могут влиять на распространение и характер индивидуальной лжи? Почему люди часто восхищаются человеком, который умеет обманывать, — льстецом, изготовителем поддельных произведений искусства, похитителем драгоценностей?>

Возможные причины гистрионного расстройства личности

Учитывая, что психодинамические теории уходят корнями в ранние исследования истерических расстройств (см. главу 8), неудивительно, что их последователи продолжают проявлять повышенный интерес к гистрионному расстройству личности. Большинство теоретиков психодинамического направления считают, что, будучи детьми, люди с этим расстройством сталкивались с нездоровыми взаимоотношениями, при которых холодные и властные родители заставляли их чувствовать себя нелюбимыми и вызвали страх быть отвергнутыми (Gunderson, 1988). Чтобы защититься от скрытого страха потери, эти индивидуумы начинали драматизировать ситуацию, выдумывая кризисы, которые побуждали бы окружающих проявлять о них заботу (Kuriansky, 1988).

Когнитивные объяснения, в свою очередь, уделяют особое внимание отсутствию содержательности и крайней внушаемости, обнаруживаемым среди людей с гистрионным расстройством. Согласно теоретикам когнитивного направления, когда люди становятся все более и более эгоцентричными и эмоциональными, у них остается мало возможностей для приобретения знаний о происходящих в мире событиях. Поскольку у них отсутствуют детальные воспоминания о том, чего они никогда не изучали, им приходится полагаться на интуицию или на других людей (Hollander, 1988). Некоторые когнитивные теоретики также полагают, что лица с этим расстройством придерживаются в целом установки, что они не способны о себе позаботиться, и потому постоянно стремятся найти других людей, которые удовлетворят их запросы (Beck & Freeman, 1990).

<«Расстройства личности... — это единственные оставшиеся в психиатрии случаи, когда люди считают вас плохими». — Гэри М. Флаксенберг (Gary M. Flaxenberg), психиатр, 1998>

Наконец, социокультурные теоретики выдвигают гипотезу, что гистрионное расстройство личности может корениться в нормах и ожиданиях общества. До недавнего времени наше общество побуждало девушек оставаться детьми и быть зависимыми в период своего развития (Hollander, 1988). Тщеславная, театральная и эгоистичная гистрионная личность может в действительности быть проявлением чрезмерной фемининности, как наше общество когда-то определило эту тенденцию (Beck & Freeman, 1990).

<В поисках внимания. Современное общество часто побуждает людей привлекать к себе внимание, придавать черты театральности своей внешности и добиваться восхищения со стороны окружающих. Социокультурные теоретики доказывают, что подобные ценности могут также стать предпосылкой для возникновения гистрионного и нарциссического расстройств.>

Методы лечения гистрионного расстройства личности

Люди с этим расстройством, в отличие от лиц с большинством других расстройств

личности, достаточно часто обращаются за помощью (Nestadt et al., 1990). Однако работа с ними может быть очень трудной, поскольку такие клиенты могут привносить в процесс лечения свои требования, капризы и приемы обольщения (Phillips & Gunderson, 1994; Gabbard, 1990). Другая проблема состоит в следующем: лица с гистрионным расстройством личности могут заявлять, что они сделали для себя важные открытия или что с ними произошли изменения в период лечения, только для того, чтобы сделать приятное терапевту (Chodoff, 1989). Не допуская возникновения подобных проблем, терапевты должны оставаться объективными и не выходить за строгие профессиональные рамки (Gabbard, 1990).

Когнитивные терапевты пытаются помочь людям с этим расстройством изменить взгляд на свою беспомощность и выработать у них более совершенные, более рациональные приемы мышления и решения проблем. Используется также психодинамическая и групповая терапия (Phillips & Gunderson, 1994; Beck & Freeman, 1990). Во всех этих подходах терапевты рассчитывают на то, что люди осознают свою чрезмерную зависимость, найдут способ получать внутреннее удовлетворение и станут более самостоятельными (Chodoff, 1989). Клинические отчеты показывают, что каждый из этих подходов оказывается полезным в определенных ситуациях.

Медикаментозная терапия помогает в меньшей степени, за исключением случаев депрессивных симптомов, наблюдаемых у некоторых пациентов (Liebowitz et al., 1986).

Нарциссическое расстройство личности.

Люди с нарциссическим расстройством личности, как правило, очень высокого мнения о себе, добиваются восхищения окружающих и не проявляют эмпатии (APA, 1994). Одержимые фантазиями о грандиозном успехе, могуществе или красоте, они требуют постоянного внимания и восхищения со стороны других людей.

<«Любовь к себе — это начало романа, который длится всю жизнь». — Оскар Уайлд, «Идеальный муж», 1895>

Фредерик, мужчина, с которым мы встречались в начале этой главы, являлся именно таким человеком. Это расстройство также просматривается в случае с 30-летним Стивеном, художником, имеющим жену и единственного ребенка.

Стивен попал в поле зрения терапевта, когда его жена настояла на том, чтобы они обратились в семейную консультацию. По ее словам, он был «эгоистичным, нечутким и слишком занятым своей работой». Все в доме должно было «вращаться вокруг него, его удобств, настроения и желаний, в ущерб всем остальным». Она утверждала, что Стивен не вносит никакого вклада в их семейную жизнь, за исключением своего довольно скудного заработка. Он уклонялся от выполнения всех «положенных» обязанностей и постоянно «спихивал на нее всю грязную работу», а ей «надоело быть кухаркой и мойщицей посуды, она устала быть его матерью и живущей в доме прислугой».

Что касается его положительных качеств, то жена Стивена отметила, что он в целом «мягкий и добродушный парень, обладающий талантом и умом». Но этого было недостаточно. Ей нужен был муж, человек, с которым она могла бы делиться сокровенным. Ему же, по ее словам, нужна была «мать, а не жена»; он не хотел «становиться взрослым, не умел проявить любовь, лишь принимал ее, когда был в настроении, только и всего».

Стивен выглядел любезным, удовлетворенным собой и несколько надменным молодым человеком. Он работал художником в коммерческой фирме, но с нетерпением ждал наступления вечера и выходных дней, когда мог посвящать себя серьезной живописи. Он утверждал, что ему необходимо отдавать все свое свободное время и энергию «реализации своего таланта», достижению экспрессии в своей творческой работе. Его отношения с нынешними коллегами и знакомыми были вполне радушными и удовлетворительными, но Стивен все-таки признал, что большинство людей считают его «слегка эгоцентричным, холодным и высокомерным». Он также признался, что не умеет делиться своими мыслями и чувствами с другими, что его намного больше интересует собственная персона, чем окружающие, и что, возможно, он всегда «предпочитал удовольствие» быть наедине с самим собой общению с другими людьми (Millon, 1969, p. 261-261).

Люди с нарциссическим расстройством личности преувеличивают свои достижения и таланты, ожидая, что другие признают их превосходство, и часто кажутся высокомерными. Они очень привередливы в выборе друзей и партнеров, полагая, что их проблемы уникальны и могут быть оценены только другими «избранными» людьми. В силу своего обаяния они часто производят благоприятное первое впечатление. Однако они редко сохраняют отношения в течение длительного времени.

Нарциссическое расстройство личности — расстройство личности, характеризующееся преувеличенным мнением о себе, стремлением вызывать восхищение и отсутствием эмпатии.

Подобно Стивену, люди с нарциссическим расстройством редко интересуются чувствами окружающих. Они используют других для достижения собственных целей, возможно, частично из чувства зависти, но в то же время обычно считают, что окружающие им завидуют (Wink, 1996). Хотя и уверенные в своем величии, некоторые из этих личностей реагируют на критику приступами ярости или чувствуют себя оскорбленными (Gramzow & Tangney, 1992). Кто-то из них может реагировать на критику холодным безразличием (Messer, 1985). Однако некоторые становятся крайне пессимистичными и впадают в депрессию. Цикл энергичной деятельности может чередоваться с разочарованием (Wink, 1996; Svrakic, 1990; 1987).

Вероятно, нарциссическому расстройству личности подвержены менее 1% взрослых, причем 75% из них — мужчины (Grilo et al., 1996; APA, 1994). Поведение и мысли нарциссического типа широко распространены и являются нормальными среди подростков; они обычно не приводят к взрослому нарциссизму (APA, 1994).

Возможные причины нарциссического расстройства личности

Сторонники психодинамического направления более чем остальные теоретизируют в отношении нарциссического расстройства личности, опять же постулируя, что это расстройство начинается с холодных, отвергающих ребенка родителей. По их мнению, некоторые люди с подобной предысторией проводят свою жизнь, постоянно защищаясь от чувств неудовлетворенности, неприятия окружающими, несостоятельности и страха перед миром (Wink, 1996), раз за разом убеждая себя, что они действительно совершенны и желанны, и стремятся вызвать восхищение у окружающих (Vaillant, 1994). Последователи теории объектных отношений, кроме того, полагают, что эти индивидуумы формируют собственный величественный образ с целью убедить себя в том, что они полностью самодостаточны и не нуждаются в теплых отношениях со своими родителями или с кем бы то ни было еще (Kernberg, 1989; Siomopoulos, 1988). В подтверждение психодинамических теорий исследователи обнаружили, что дети, с которыми плохо обращаются, и дети, родители которых находятся в разводе, чаще становятся жертвами нарциссического расстройства личности. То же самое относится и к детям, которых воспитывали приемные родители или чьи мать или отец умерли (Kernberg, 1989).

Некоторые теоретики поведенческого и когнитивного направлений предполагают, что нарциссическое расстройство личности может возникать у людей в результате того, что в детстве с ними обращались слишком хорошо, а не слишком плохо. Они утверждают, что некоторые индивидуумы начинают верить в свое превосходство и величие, когда их «восхищающиеся и ослепленные любовью родители» потакают им и раз за разом приучают детей «переоценивать собственные достоинства» (Millon, 1987). Эти идеи подтверждает следующий факт: первенцы и единственные дети, которых их родители действительно часто считают исключительно талантливыми или умными, в тестах, оценивающих нарциссические качества, набирают больше баллов, чем их сверстники (Curtis & Cowell, 1993).

Наконец, многие социокультурные теоретики связывают нарциссическое расстройство личности с «периодами нарциссизма» в обществе (Cooper & Ronningstam, 1992). Они полагают, что общество проходит через периоды, в которых происходит ломка ценностей и социальных идеалов, в результате чего появляются поколения молодых людей, отличающихся эгоцентризмом, имеющих узкий кругозор и материалистические взгляды. Считается, что вероятность таких волн нарциссизма особенно велика в западном обществе, способствующем самовыражению личности, индивидуализму и конкуренции.

Методы лечения нарциссического расстройства личности

Нарциссическое расстройство личности — одно из наиболее трудноизлечимых (Lawrence, 1987). Те, кто обращается за помощью, обычно делают это в связи с каким-то сопутствующим расстройством, чаще всего в связи с депрессией (Beck & Freeman, 1990). Начав лечение, люди могут пытаться манипулировать терапевтом, добиваясь от него подтверждения их чувства собственного величия. Некоторые, по-видимому, также проецируют свое величие на терапевтов и начинают проявлять по отношению к ним смешанные чувства любви и ненависти (Uchoa, 1985).

Терапевты психодинамического направления пытаются помочь людям с нарциссическим расстройством личности осознать свою изначальную неуверенность и механизмы защиты, к которым они прибегают (Masterson, 1990; Kernberg, 1989).

Когнитивные терапевты сосредоточивают внимание на эгоцентричном мышлении этих людей. Они пытаются направить взгляд своих клиентов на представления окружающих, усовершенствовать их манеру интерпретации критики, повысить их способность сопереживать другим людям и изменить их мышление по принципу «все или ничего» (Beck & Freeman, 1990). Однако все эти подходы, по-видимому, приносят незначительный успех.

<Вопросы для размышления. Некоторые люди считают, что последние 15 лет в западном мире наблюдается рост нарциссического поведения и мышления. Какие особенности западного общества, проявившиеся в этот период (например, новые философские системы воспитания детей, рекламные кампании, тенденции в спорте, книжная тематика и телепрограммы), могут способствовать росту нарциссизма?>

Резюме

«Драматические» (аффектированные) расстройства личности. Четыре расстройства личности характеризуются симптомами драматизации, эмоциональности и неустойчивости. Люди с антисоциальным расстройством личности игнорируют и нарушают права других людей. Ни один из известных методов лечения не приносит эффективных результатов. Людям с пограничным расстройством личности свойственна неустойчивость межличностных отношений, представлений о самих себе и настроения, наряду с крайней импульсивностью. Лечение, по-видимому, может быть эффективным, приводя к определенному улучшению состояния этих индивидуумов. Люди с гистрионным расстройством личности (когда-то называвшемся истерическим расстройством) отличаются крайней эмоциональностью и стремлением привлечь к себе внимание. Клинические отчеты позволяют предположить, что в отдельных случаях лечение оказывается успешным. Наконец, для людей с нарциссическим расстройством личности характерно высокое мнение о себе, потребность в восхищении и отсутствие эмпатии. Это расстройство является одним из наиболее трудноизлечимых.

«Тревожные» расстройства личности.

«Тревожные» расстройства личности («anxious» personality disorders) включают в себя избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства личности. Люди с этими расстройствами, как правило, отличаются тревожным и боязливым поведением. Многие симптомы таких расстройств личности напоминают симптомы тревожного и депрессивных расстройств, но исследователи не находят прямых связей с патологиями, относящимися к Оси I (Weston & Siever, 1993). Как и в случае большинства других расстройств личности, исследовательские подтверждения различных объяснений «тревожных» расстройств весьма не достаточны. В то же время методы лечения этих расстройств, по-видимому, помогают в степени от ограниченной до умеренной, давая намного лучшие результаты, чем в случае прочих расстройств личности.

<Вопросы для размышления. Людям свойственно ставить по ошибке диагноз психических расстройств себе, своим родственникам или знакомым; особенно это касается расстройств личности. Почему, на ваш взгляд, именно такие расстройства являются излюбленным объектом внимания со стороны подобных психологов-дилетантов?>

Избегающее расстройство личности.

Людям с избегающим расстройством личности (avoidant personality disorder) испытывают постоянный дискомфорт и скованность в социальных ситуациях, подвержены чувству собственной неполноценности и крайне чувствительны к негативным оценкам (APA, 1994). Они настолько боятся быть отвергнутыми, что не дают никому возможности отвергнуть — или, наоборот, одобрить их.

Джеймс проработал бухгалтером девять лет. По его словам, начиная с раннего детства он был застенчивым, робким и тихим мальчиком.

Начальник Джеймса характеризовал его как нелюдимого, несколько странного молодого человека, исполнявшего свою работу незаметно и эффективно. В кафетерии компании он всегда обедал один, никогда не пил кофе со своими коллегами во время коротких рабочих перерывов и не участвовал в «шумной возне» в офисе.

Что касается его социальной жизни, то Джеймс за пять лет ни разу не ходил на свидания и не посетил ни одной вечеринки. Он посвящал большую часть свободного

времени чтению, просмотру телепередач, мечтам и обустройству своего дома. Джеймс испытал сильный стресс, когда в его отделе появились новые работники. В офисе регулярно работали около 40 человек, и перестановки на работе ежегодно приводили к замене четырех-пяти человек. В последние месяцы в офисе подобралась новая тесная компания. Хотя Джеймс очень хотел стать членом этой «внутренней группы», он не решался к ним присоединиться, поскольку «не мог им ничего предложить» и полагал, что его отвергнут. Через короткое время он и еще два-три человека стали объектом шуток и насмешек со стороны заводил компании. По прошествии нескольких недель «подтрунивания» он начал прогуливать работу, оказался неспособным завершить вовремя свои отчеты, потерял уверенность в трудовых навыках и стал допускать неоправданно большое количество ошибок (Millon, 1969, p. 231-232).

Люди, подобные Джеймсу, активно избегают социальных контактов. В основе этого отстранения от окружающих лежат не столько слабые социальные навыки, сколько страх перед критикой, неодобрением или неприятием. Такие люди робки и нерешительны в социальных ситуациях, боятся сказать какую-либо глупость или поставить себя в неловкое положение, покраснев или показав свою нервозность. Даже в интимных отношениях они выражают свои чувства очень осторожно, боясь быть пристыженными или высмеянными.

Избегающее расстройство личности — расстройство личности, при котором человек испытывает постоянный дискомфорт и скованность в социальных ситуациях, подвержен чувству собственной неполноценности и крайне чувствителен к критике. Индивидуумы с избегающим расстройством личности считают, что другие люди их превосходят. Они преувеличивают потенциальные трудности новых ситуаций и поэтому редко идут на риск или берутся за новые виды деятельности. У них обычно немного или вообще нет близких друзей, хотя они в действительности жаждут тесных отношений и часто испытывают депрессию или чувство одиночества. Чтобы как-то заполнить вакуум, некоторые погружаются в мир фантазии и воображения (Millon, 1990).

<Всего лишь фаза развития. Многие дети и подростки крайне застенчивы, легко смущаются и испытывают дискомфорт среди людей, не являющихся их родителями, братьями и сестрами или близкими друзьями. Подобные реакции составляют обычную и нормальную часть развития и сами по себе не указывают на избегающее или зависимое расстройство личности.>

Избегающее расстройство личности напоминает социальные фобии (social phobias) (см. главу 4). Типичные симптомы включают в себя страх унижения и неуверенность в себе, а многие люди с одним из этих расстройств личности страдают также и другим (Fahlen, 1995). Однако люди с социальной фобией боятся главным образом определенных социальных ситуаций, тогда как лица с расстройством личности, как правило, опасаются близких социальных отношений (Turner et al., 1986). Избегающему расстройству личности подвержены от 0,5 до 1% взрослых, причем распространенность его среди мужчин и женщин одинакова. Многие дети и подростки также могут быть крайне застенчивы и избегать других людей, но обычно такие проявления составляют нормальную часть их развития.

Возможные причины избегающего расстройства личности

Теоретики часто выдвигают предположение, что избегающее расстройство личности может быть вызвано теми же причинами, что и тревожные расстройства (anxiety disorders), например, внешне обусловленными страхами, неоправданными представлениями или биохимическими аномалиями. Однако исследователи еще не обнаружили прямой связи данного расстройства личности с расстройствами, относящимися к Оси I (Weston & Siever, 1993). Пока же наибольшее внимание клиницистов адресуется психодинамической и когнитивной теориям.

Теоретики психодинамического направления делают акцент главным образом на интенсивном чувстве стыда, испытываемом людьми с избегающим расстройством личности. Некоторые связывают этот стыд с переживаниями детства, такими как ранние неприятности с кишечником и мочевым пузырем (Gabbard, 1990). Если родители раз за разом наказывают ребенка после таких происшествий или высмеивают его, у человека может сформироваться негативное представление о собственной личности. Такой индивидуум на протяжении всей своей жизни будет ощущать себя недостойным любви и не доверять проявлениям любви со стороны окружающих (Liebowitz et al., 1986). Когнитивные теоретики считают, что резкая критика и неприятие в раннем детстве могут приводить к тому, что люди с замкнутым

расстройством личности начинают думать, что окружающие в большинстве своем настроены критически. В результате эти лица ожидают неприятия со стороны других, неправильно интерпретируют их реакции, игнорируют позитивную обратную связь и, как правило, опасаются социальных ситуаций (Beck, 1997). В одном исследовании испытуемые с избегающим расстройством личности вспоминали эпизоды детства, которые подтверждают как психодинамическую, так и когнитивную теории, — например, неблагоприятный климат в семье и слишком редкие проявления родительской любви или гордости (Arbel & Stravynski, 1991).

Методы лечения избегающего расстройства личности

Люди с этим расстройством личности обращаются к терапевту в надежде добиться одобрения и любви с его стороны. Однако продление курса лечения может оказаться затруднительным, ибо многие вскоре начинают избегать встреч с врачом (Beck & Freeman, 1990). Часто они не верят в искренность терапевта и начинают опасаться неприятия с его стороны. Тем самым, как и в случае ряда других расстройств личности, первейшей задачей терапии становится завоевание доверия пациента (Beck, 1997; Gabbard, 1990).

В остальном же терапевты, как правило, подходят к людям с избегающим расстройством личности во многом так же, как они лечат пациентов с социальными фобиями и другими тревожными расстройствами. Подобные подходы приносят как минимум ограниченный успех. Терапевты, придерживающиеся психодинамического направления, пытаются помочь этим людям увидеть бессознательные конфликты, которые могут иметь место, и преодолеть их (Hurt et al., 1991). Когнитивные терапевты помогают им изменить свои болезненные взгляды и мысли, стать более терпимыми к эмоциональному дискомфорту и сформировать правильное представление о самих себе (Beck & Freeman, 1990; Alden, 1989). Бихевиористы используют технику обучения социальным навыкам и метод контролируемого негативного воздействия, требующие от людей постепенного расширения своих социальных контактов (Quality Assurance Project, 1991; Stravynski et al., 1987). Антидепрессанты и лекарства, снимающие тревогу, иногда помогают уменьшить социальную тревожность пациента, хотя после прекращения их приема симптомы могут появиться вновь (Liebowitz et al., 1991, 1990; Mattick & Newman, 1991). Групповая терапия также помогает многим людям с избегающим расстройством личности, давая им возможность попрактиковаться в социальных ситуациях (Azima, 1993; Renenberg et al., 1990).

Зависимое расстройство личности.

Люди с зависимым расстройством личности испытывают стойкую, избыточную потребность в том, чтобы о них заботились (APA, 1994). Как результат, они привязчивы и покорны и боятся разлуки со своим родителем, супругом или другим близким человеком. Они полагаются на других настолько, что не способны принять самостоятельно никаких решений. Мистер Дж. является подобным примером.

Предприятие, на котором мистер Дж. проработал последние 15 лет, недавно закрылось, и он был без работы в течение нескольких недель. Казалось, потеря работы угнетает его меньше, чем растущее недовольство жены его решением «оставаться дома, пока что-нибудь не подвернется». Она полагала, что он «должно быть, болен», и настаивала на том, чтобы он показался врачу.

Мистер Дж. родился в Европе, будучи старшим ребенком и единственным сыном в семье с шестью детьми. Мать внимательно следила за ним, не позволяя ему чрезмерно напрягать свои силы и ограничивая его обязанности; в результате она добилась того, что он не сумел овладеть многими из обычных физических навыков, которые большинство юношей осваивают в период роста.

Женитьбу мистера Дж. устроили его родители. Его жена была физически крепкой женщиной, которая работала швеей, заботилась о доме и выносила четверых детей. Мистер Дж. исполнял различные мелкие работы в портняжном ателье своего отца.

При этом его мать смотрела за тем, чтобы он не брал на себя «тяжелую или грязную работу», а только помогал и «присматривал» за другими работниками. Как следствие, мистер Дж. не овладел ни одним из навыков портняжного дела.

Незадолго до начала Второй мировой войны мистер Дж. приехал навестить двух своих сестер, которые ранее эмигрировали в США. Когда в Европе начались преследования, он не смог вернуться домой. Все члены его семьи, за исключением маленького сына, погибли в годы войны.

В дальнейшем он получил работу на швейной фабрике, которой владели его зятья. И

опять же он исполнял роль помощника, а не квалифицированного работника. Хотя на протяжении всех этих лет коллеги не переставали добродушно подсмеиваться над мистером Дж., он сохранял к ним дружеское и благожелательное отношение, принося им сэндвичи, кофе и сигареты по первому их требованию.

Он снова женился на трудолюбивой женщине материнского типа, которая приносила в дом большую часть семейного дохода. Вскоре после этого к ним в Америку эмигрировал сын от его первого брака. Хотя сыну было в то время только 19, вскоре уже не отец заботился о нем, а юноша сам стал руководить делами отца (Millon, 1969, p. 242).

В зависимости от других нет ничего ненормального и нездорового, но люди с зависимым расстройством личности, как правило, нуждаются в постоянной поддержке в повседневных делах и в подтверждении своего чувства крайней некомпетентности и беспомощности. Опасаясь, что не смогут о себе позаботиться, они отчаянно цепляются за друзей и родственников.

Зависимое расстройство личности — расстройство личности, характеризующееся привязчивостью и покорностью, страхом разлуки и стойкой, избыточной потребностью человека в том, чтобы о нем заботились.

Мы отметили ранее, что люди с избегающим расстройством личности испытывают трудности с завязыванием отношений. При зависимом расстройстве личности причиной трудности является разлука. Эти индивидуумы чувствуют себя совершенно беспомощными и брошенными, когда прекращаются их близкие отношения с кем-то, и они стараются завязать новые отношения, чтобы заполнить пустоту. Многие продолжают поддерживать отношения с партнерами, которые подвергают их физическим или психологическим страданиям.

Неуверенные в своих способностях и суждениях, люди с этим расстройством личности позволяют, чтобы кто-то принимал за них все важные решения, и редко не соглашались с мнением другого человека. Они могут быть зависимыми от родителя или супруга, принимая решение, где им жить, какую работу выбрать и с какими соседями дружить (Overholster, 1996; APA, 1994). Поскольку эти люди так боятся быть отвергнутыми, они очень чувствительны к критике. Они все время стараются удовлетворить желания и ожидания окружающих, даже если это означает выполнение неприятных обязанностей.

Многие люди с зависимым расстройством личности испытывают страдания, чувство одиночества и печаль, а некоторые из них — и отвращение к себе (Overholster, 1996, 1992). Тем самым они рискуют стать жертвами депрессивного или тревожного расстройства (Reich, 1996; Bornstein, 1995). Их страх разлуки может стать причиной суицидальных мыслей, особенно когда они ожидают скорого прекращения отношений (Kiev, 1989).

Насколько широко распространено зависимое расстройство личности, точно не известно, хотя некоторые исследования указывают на то, что ему могут быть подвержены около 2% населения (Zimmerman & Coryell, 1989). В течение многих лет клиницисты считали, что этим расстройством страдают в основном женщины (Overholster, 1992), но последние исследования позволяют предположить, что оно столь же распространено и среди мужчин (APA, 1994; Reich, 1990).

Сцены из современной жизни

Зависимость от Интернета: еще одна проблема

В последнее время появилась новая психологическая проблема: неконтролируемая потребность находиться все время в режиме online («на линии»). Некоторые клиницисты считают, что она сродни наркотической зависимости. Другие полагают, что ей присущи качества, характерные для расстройства влечений (неспособность контролировать свои импульсы). А многие отмечают, что эта тенденция напоминает зависимое расстройство личности, разве что в данном случае индивидуум крайне зависим от компьютерного пространства и многочисленных коллег-пользователей, постоянно добиваясь их общества, руководства, одобрения и опасаясь разлуки с ними. Жертвы этой зависимости тратят до 60 часов в неделю на путешествия по сети, особенно на групповые беседы, знакомства через электронную почту или на хитроумные компьютерные игры (Murray, 1996). Для некоторых Интернет — конгломерат компьютерных сетей, охватывающий весь мир, — стал своего рода черной дырой. Они описывают свою потребность быть «на линии» как наваждение, которому непреднамеренно принесли в жертву свою работу, образование, друзей, даже супругов. Особенно остро стоит эта проблема, по-видимому, у студентов высших учебных заведений.

Я впервые познакомился с компьютером в 1991 году во время обучения в университете. Однажды я случайно обнаружил, что могу отправлять короткие послания студентам других университетов и даже людям в Америке и других экзотических странах, таких как Мексика и Финляндия! Это стало для меня переломным моментом, и я начал проводить необычно долгие периоды времени «на линии». Это произошло в начале моего последнего года обучения, Я стал все реже и реже появляться на занятиях и, как можно легко предположить, полностью провалился на экзаменах. Но меня это не особенно волновало, поскольку у меня была Сеть, благодаря которой я завел множество друзей как «на линии», так и вне ее, включая свою тогдашнюю подругу, поэтому жизнь была не такой уж плохой. С тех пор я научился отслеживать некоторые вещи и не предаваться бесконечным компьютерным разговорам. Моя жизнь по-прежнему в некоторых отношениях порочна, но я все же чувствую в себе чуть большую способность ее контролировать. Я больше не прилипаю покорно к экрану в 4 часа утра, ведя беседы о чем-то, что мне вовсе неинтересно, но все-таки заставляю себя лечь спать (анонимный автор, 1996).

Подобно этому человеку, все большее число пользователей становятся пленниками социального мира Интернета. «Переговорные комнаты» (chat rooms) позволяют пользователям компьютеров «разговаривать» с другими пользователями по всему миру 24 часа в сутки 365 дней в году. Группы любителей новостей (news groups) позволяют пользователям отправлять послания и получать на них ответы в непрерывном коммуникационном режиме. Эти услуги дают людям возможность выстроить собственный социальный мир — заполненный знакомыми, близкими друзьями и романтическими отношениями.

Исследовательница Кимберли С. Янг (Young, 1996) изучила 496 людей, которые активно пользуются услугами on-line. Она относила их к зависимым от Интернета, если они на протяжении 12-месячного периода удовлетворяли четырем или более критериям из нижеследующих.

1. Чувствовали себя слишком поглощенными Интернетом.
2. Нуждались в том, чтобы проводить все большее количество времени в Интернете для получения удовлетворения.
3. Были не способны контролировать свое пользование Интернетом.
4. Испытывали беспокойство или раздражение, когда пытались оторваться от Интернета.
5. Использовали Интернет как средство бегства от проблем или улучшения своего настроения.
6. Лгали членам семьи или друзьям, скрывая то, сколько времени они заняты Интернетом.
7. Рисковали из-за Интернета утратой значимых отношений, работы, учебных или профессиональных возможностей.
8. Продолжали возвращаться к Интернету даже после того, как тратили чрезмерные суммы денег на оплату интернетовских услуг.
9. Становились замкнутыми, когда не имели возможности пользоваться Интернетом.
10. Оставались «на линии» дольше, чем они первоначально планировали.

Янг обнаружила, что почти 80% испытуемых были зависимыми от Интернета. Учитывая размах этой проблемы, сейчас организуется все больше консультативных программ и семинаров, особенно в студенческих городках. Но одним из наиболее популярных терапевтических подходов являются группы поддержки, аналогичные Анонимным алкоголикам, — некоторые из них, как это ни парадоксально, функционируют в Интернете. Например, Группа поддержки при Интернет-зависимости (Internet Addiction Support Group) привлекла много подписчиков, которые признают свою проблему, поддерживают друг друга и обмениваются методами ее преодоления (Murray, 1996). Некоторые клиницисты сравнивают эту методику с «проведением встречи общества Анонимных алкоголиков в баре» (Orzack, 1996). Однако другие указывают, что многие Интернет-зависимые пользователи не способны надолго оторваться от своих компьютеров, чтобы посетить какой-нибудь традиционный лечебный центр (Belluck, 1996).

Возможные причины зависимого расстройства личности

Психодинамические объяснения зависимого расстройства личности очень похожи на объяснения депрессии. Например, последователи Фрейда считают, что неразрешенные конфликты на оральной стадии психосексуального развития создают предпосылки для сохраняющейся всю жизнь потребности в опеке и для зависимого расстройства личности (Greenberg & Bornstein, 1988). Теоретики объектных

отношений схожим образом полагают, что ранняя утрата родителей или неприятие с их стороны могут помешать нормальному опыту привязанности и разлуки, поселяя в некоторых детях страх быть отвергнутыми, сохраняющийся в течение всей их жизни. Другие теоретики психодинамического направления предполагают, что родители некоторых людей с этим расстройством личности столь сильно опекали своих детей, что породили в них избыточные чувства зависимости, незащищенности и тревоги, связанные с разлукой (Bornstein, 1996, 1992).

Бихевиористы высказывают предположение, что родители людей с зависимым расстройством личности непреднамеренно поощряют их несамостоятельное и лояльное поведение. Одновременно они наказывают ребенка за независимые действия, возможно, путем лишения его своей любви. Кроме того, некоторые родители могут подать ребенку пример своим собственным зависимым поведением. Наконец, когнитивные теоретики убеждены, что лица с этим расстройством придерживаются двух установок, которые вызывают и поддерживают его: (1) они не приспособлены и беспомощны в жизни и (2) они нуждаются в человеке, который защитил бы их и помог выжить (Beck, 1997; Beck & Freeman, 1990). Для этих индивидуумов также характерно дихотомическое (черно-белое) мышление: «Если человек хочет быть зависимым, он должен оставаться совершенно беспомощным» или «Если человек хочет быть независимым, он должен оставаться один». Подобные мысли не позволяют им предпринимать каких-либо попыток по обретению независимости.

Методы лечения зависимого расстройства личности

Люди с этим расстройством обычно перекладывают все ответственность за свое излечение и благополучие на терапевта (Beck, 1997; Perry, 1989). Тем самым ключевой вопрос в терапии — это то, как заставить их взять ответственность на себя. Другая трудность заключается в том, что поведение супруга или родителя может подпитывать симптомы пациента. Поэтому некоторые клиницисты используют также семейную терапию или независимую индивидуальную терапию для партнера (Liebowitz et al, 1986).

Лечение зависимого расстройства личности может быть, как минимум, ограниченно успешным. Психодинамическая терапия, применяемая к людям с этим расстройством, ставит во главу угла многие из тех же аспектов, что и терапия депрессивных личностей. В частности, одной из главных проблем лечения становится, как правило, перенос потребности в зависимости на терапевта (Perry, 1989). Терапевты-бихевиористы часто предлагают упражнения по обретению уверенности, помогающие клиентам лучше выражать свои желания в отношениях. А когнитивные терапевты стараются помочь людям изменить свои представления о некомпетентности и беспомощности (Beck & Freeman, 1990).

<Дисфункции в мультипликации. По мере усложнения технологии мультипликации становятся более сложными и личностные проблемы персонажей мультфильмов. Наверху: беспокойные персонажи прошлых лет обычно характеризовались какой-то одной негативной чертой личности, как это демонстрирует приятель Белоснежки Ворчун, второй слева. Внизу: современным персонажам присущ целый набор деструктивных черт. К примеру, Бивис и Баттхэд отличаются слабой способностью контролировать свои импульсы, неуважением к правам других людей, ущербными отношениями, эмоциональной и когнитивной ограниченностью и, в случае Бивиса, подчиненным и зависимым поведением.>

Наконец, как и в случае замкнутого расстройства личности, может оказаться полезной групповая терапия. Она обеспечивает поддержку со стороны нескольких людей, оказавшихся в таком же положении, взамен поддержки со стороны одного-единственного доминирующего человека (Azima, 1993; Perry, 1989). Вдобавок, члены группы могут учиться путем подражания тому, как лучше выражать чувства и решать проблемы, а также практиковать эти новые модели поведения на групповых занятиях (Beck & Freeman, 1990).

Обсессивно-компульсивное расстройство личности.

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности (неврозом навязчивых состояний) придают столь большое значение порядку, достижению совершенства и контролю, что утрачивают гибкость, непосредственность и работоспособность. Стремление сделать все «правильно» снижает продуктивность их деятельности, как это произошло в случае с Уэйном.

Уэйну посоветовали обратиться к терапевту после того, как он в течение нескольких месяцев плохо спал по ночам и становился на работе все более заторможенным и

нерешительным. На первом приеме он сообщил о чувствах вины и крайней неуверенности в себе, а также о продолжительном периоде напряжения и всеохватывающей тревоги. Терапевт установил, что у Уэйна постоянно проявлялись эти симптомы. Просто в последнее время они стали более острыми, чем раньше. Толчком к внезапному усугублению дискомфорта явилось предстоящее изменение его академической должности. В руководство колледжа пришли новые административные работники, и Уэйна попросили уйти с поста декана и вернуться к обычной преподавательской деятельности на факультете. На первых приемах Уэйн говорил в основном о своем страхе снова предстать перед студентами в аудитории, испытывал неуверенность в отношении того, сможет ли он хорошо подготовиться к занятиям, и сомневался, сумеет ли поддержать дисциплину среди студентов и заинтересовать их своими лекциями. Именно озабоченность этими проблемами и не позволяла ему по его мнению, сосредоточиться на нынешних обязанностях и справляться с ними. Уэйн ни разу не выразил негодования в адрес новой администрации колледжа за то, что его собираются понизить в должности. Он неоднократно высказывал свою «полную уверенность» в «разумности их решения». Однако когда он оказывался с ними лицом к лицу, то замечал, что начинает запинаться и становится крайне нервным.

Уэйн был в семье младшим из двух сыновей. Его отец был удачливым инженером, а мать преподавала в школе. Оба родителя отличались «работоспособностью, аккуратностью и требовательностью». Жизнь в доме была «тщательно распланирована», «вывешивались графики ежедневных и еженедельных обязанностей», а «проведение отпусков обдумывалось за год или два до их начала». Ничего не оставлялось на волю случая. Уэйн усвоил образ «хорошего мальчика». Не в силах сравниться со своим братом ни в физическом, ни в интеллектуальном, ни в социальном отношении, он стал «образцом добродетели». Будучи пунктуальным, скрупулезным, методичным и дисциплинированным, он мог избегать столкновений со своими педантичными родителями и порою добивался от них желаемого отношения. Он слушался их советов, принимал их руководство как заповеди и не решался принимать никаких решений, пока не получал их одобрения. Хотя он и припомнил «стычки» со своим братом до шести- или семилетнего возраста, «в дальнейшем Уэйн сдерживал свое негодование и никогда больше не расстраивал своих родителей» (Millon, 1969, p. 278-279).

Озабоченный правилами, порядком и должным выполнением обязанностей, Уэйн испытывал трудности с более масштабным пониманием происходящего. Когда он и другие люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности сталкиваются с какой-то задачей, их настолько поглощают организационные моменты и детали, что они оказываются неспособными ухватить смысл самой деятельности. В результате, их работа часто сбивается с графика или так и остается незавершенной, а они при этом могут забывать об отдыхе и поддержании дружеских отношениях.

Обсессивно-компульсивное расстройство личности — расстройство личности, при котором человек придает столь большое значение порядку, достижению совершенства и контролю, что утрачивает гибкость, непосредственность и работоспособность.

Люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности устанавливают неоправданно высокие стандарты как для себя, так и для окружающих. Они могут оставаться постоянно неудовлетворенными результатами своей деятельности, но отказываются обращаться за помощью или сотрудничать с кем-то, убежденные, что другие слишком беспечны или некомпетентны, чтобы выполнить работу должным образом. Поскольку они так боятся допустить ошибки, то могут уклоняться от принятия решений.

Как правило, эти индивидуумы также отличаются жесткостью и упрямством, особенно в отношении своих принципов, этических норм и ценностей. Они живут в строгом соответствии со своими личными законами и используют их в качестве критерия оценки других людей. Они могут испытывать трудности с выражением своих теплых чувств, и их отношения часто бывают сдержанными и поверхностными. Вдобавок, они редко щедро делятся своим временем или деньгами. Некоторые не могут расстаться даже с вещами, которые износились или стали ненужными (APA, 1994; Warten & Ostrom, 1988).

<«Упрямый человек не держится каких-то взглядов — они держат его». — Александр Поуп>

Обсессивно-компульсивным расстройством личности страдают примерно 1-2%

населения, причем этот диагноз ставится чаще всего белым, образованным, женатым, работающим мужчинам (APA, 1994; Weismann, 1993). Мужчины подвержены этому расстройству в два раза чаще, чем женщины.

Многие клиницисты считают, что обсессивно-компульсивное расстройство личности и обсессивно-компульсивное расстройство (тревожное расстройство) тесно связаны между собой. Оба расстройства обладают рядом общих особенностей (Pollack, 1987). Кроме того, это расстройство личности обнаруживается у многих людей (возможно, у 20%), которые страдают тревожным расстройством (APA, 1994; Jenike, 1991). Однако другие расстройства личности (избегающее, гистрионное, шизотипическое и зависимое) могут встречаться у лиц с тревожным расстройством еще чаще (Steketee, 1990). Фактически, исследователи пока еще не обнаружили прямой связи между обсессивно-компульсивным расстройством личности и тревожным расстройством (Mavissakalian et al., 1990).

Возможные причины обсессивно-компульсивного расстройства личности

Большинство объяснений обсессивно-компульсивного расстройства личности опираются в значительной мере на объяснения обсессивно-компульсивного тревожного расстройства, несмотря на сомнительность связей между ними. Как и в случае многих других расстройств личности, доминируют психодинамические объяснения и опять исследовательские подтверждения весьма скудны.

Фрейдисты предполагают, что люди с обсессивно-компульсивным расстройством личности страдают анальной регрессией. То есть в силу того, что на анальной стадии развития родители были слишком строги с детьми, приучая их к горшку, те накопили в себе гневные чувства и остаются фиксированными на этой стадии. Они пытаются сдерживать свой гнев, раз за разом подавляя как его, так и свои инстинктивные потребности в дефекации — действия, которые заставляют их быть крайне аккуратными и сдержанными и вызывают у них страсть к коллекционированию разных предметов. Другие теоретики психодинамического направления полагают, что любая ранняя борьба с родителями за власть и независимость может приводить в движение агрессивные импульсы (Kuriansky, 1988; Mollinger, 1980).

Когнитивные теоретики немного могут сказать о причинах возникновения обсессивно-компульсивного расстройства личности, но считают, что лишённые логики процессы мышления способствуют его поддержанию. К примеру, они указывают на дихотомическое мышление, которое может благоприятствовать жесткости и стремлению к совершенству. Они также замечают, что индивидуумы с этим расстройством, как правило, преувеличивают возможные последствия ошибок и промахов.

Методы лечения обсессивно-компульсивного расстройства личности

Люди с этим расстройством личности обычно не считают, что у них что-то не в порядке. Поэтому они обращаются за помощью только в том случае, когда начинают испытывать потребность в устранении какого-то другого расстройства, чаще всего тревоги или депрессии, или если один из их близких настаивает на том, чтобы они показали врачу (Beck & Freeman, 1990). Несмотря на то, что медикаментозная и поведенческая терапия оказываются высокоэффективными при лечении людей с обсессивно-компульсивным тревожным расстройством, лица с расстройством личности часто лучше реагируют на психодинамическую и когнитивную терапии (Primac, 1993; Jenike, 1991, 1990). Психодинамические терапевты, как правило, стараются помочь пациентам осознать, пережить на опыте и принять свои чувства и лежащую за ними неуверенность; они могут также помочь пациентам научиться рисковать и принять как должное свои личные недостатки (Salzman, 1989).

Когнитивные терапевты стремятся помочь клиентам избавиться от дихотомического мышления, излишней требовательности, нерешительности, медлительности и хронического беспокойства.

Расстройства личности: дилеммы и сомнения.

Современные клиницисты полагают, что расстройства личности представляют собой важные и доставляющие немало беспокойства проблемы. Однако диагностировать эти расстройства особенно трудно, а поставить ошибочный диагноз очень легко. Как мы уже отмечали, эта трудность указывает на серьезные вопросы в отношении валидности и последовательности классификации DSM (O'Connor & Dyce, 1998; Costello, 1996).

Одна из проблем заключается в том, что некоторые критерии, используемые при диагностике расстройств личности, нельзя наблюдать непосредственно. К примеру, чтобы отличить параноидное расстройство личности от шизоидного, клиницисты

должны задавать вопросы, касающиеся не только поведения людей, но и того, почему они избегают близких отношений. Другими словами, диагноз часто опирается в значительной степени на личные впечатления клинициста. Родственная проблема состоит в том, что клиницисты во многом расходятся в суждениях относительно того, когда нормальный личностный стиль пересекает некую черту и заслуживает занесения в разряд расстройств (Widiger & Costa, 1994). Некоторые даже полагают, что вообще ошибочно причислять к психическим расстройствам личностные стили, какими бы проблемными они ни были.

Схожесть расстройств личности, относимых к одной группе или даже принадлежащих к разным группам, ставит еще одну проблему. Например, внутри «тревожной» группы симптомы избегающего расстройства личности в значительной мере накладываются на симптомы зависимого расстройства личности (Bornstein, 1998). Следует ли клиницистам, имеющим дело со схожими чувствами неполноценности, боязнь неодобрения и т. д., проводить грань между этими расстройствами (Livesley et al., 1994)? Кроме того, многие особенности пограничного расстройства («драматизирующая» группа), обнаруживаемые у некоторых людей с зависимым расстройством личности («тревожная» группа), могут свидетельствовать о том, что два эти расстройства — всего лишь различные варианты одного базового паттерна (Dolan, Evans & Norton, 1995; Flick et al., 1993).

Еще одной проблемой является то, что людям с самыми разными чертами личности часто ставится диагноз одного и того же расстройства личности (Costello, 1996; Widiger, 1993, 1992). Чтобы людям был поставлен тот или иной диагноз, они должны удовлетворять некоторому набору критериев из DSM-IV, но ни один из диагнозов не предполагает наличия какой-то характерной лишь для него личностной особенности. Таким образом, у людей с совершенно различными чертами личности может быть выявлено одно и то же расстройство.

Частично из-за этих проблем диагностики продолжают менять критерии, используемые для оценки каждого из расстройств личности. Фактически, не раз менялись даже самые общие категории, и нет сомнений, что в них будут внесены новые изменения. К примеру, из DSM-IV исключена одна из использовавшихся ранее категорий, пассивно-агрессивное расстройство личности — паттерн, характеризующийся негативными установками и нежеланием выполнять требования окружающих, — поскольку исследователи не смогли доказать, что оно представляет собой нечто большее, чем одну из личностных черт. В настоящее время этот паттерн изучается более тщательно и, возможно, будет снова включен в будущие редакции DSM.

Пассивно-агрессивное расстройство личности — расстройство личности, включавшееся в прошлые версии DSM и характеризующееся негативными установками и нежеланием выполнять требования окружающих.

Учитывая эти проблемы, некоторые теоретики считают, что расстройства личности на самом деле больше различаются по степени, чем по типу дисфункции, и предлагают группировать расстройства в соответствии с остротой тех или иных ключевых характеристик, а не по принципу наличия или отсутствия конкретных характеристик (Costello, 1996; Widiger, 1993). Пока неясно, к чему приведут подобные мнения, но по крайней мере обострение споров в очередной раз указывает на то, что большинство клиницистов признают — расстройства личности являются категориями, крайне важными для понимания и коррекции человеческого поведения.

<Вопросы для размышления. Попробуйте разработать новую систему и перечень расстройств личности, которые улучшили бы существующую классификацию. Как нынешние категории DSM вписались бы в вашу новую систему и классификацию?>

Резюме

«Тревожные» расстройства личности. Три расстройства личности характеризуются симптомами, обнаруживаемыми при тревожных и депрессивных расстройствах, относимых к Оси I. Люди с избегающим расстройством личности испытывают постоянный дискомфорт и скованность в социальных ситуациях, подвержены чувству собственной неполноценности и крайне чувствительны к негативным оценкам. Люди с зависимым расстройством личности испытывают систематическую потребность в том, чтобы о них заботились, они привязчивы, покорны и боятся разлуки. Индивидуумы с обсессивно-компульсивным расстройством личности настолько озабочены порядком, достижением совершенства и контролем, что утрачивают гибкость, непосредственность и работоспособность. Для лечения людей с этими тремя расстройствами используются различные терапевтические методы, которые оказываются, по всей видимости, успешными в степени от ограниченной до

умеренной.

Дилеммы и сомнения. Представляется, что расстройства личности часто диагностируются неверно, что указывает на ряд серьезных проблем с валидностью и последовательностью диагностических категорий.

Подводя итоги.

В течение первой половины XX века клиницисты верили, что существует некий долговременный набор характеристик, называемый нами личностью, и пытались идентифицировать основополагающие черты личности. Затем они заметили, насколько легко люди могут меняться в зависимости от ситуаций, в которых оказываются, и последовала обратная реакция. Концепция личности утратила свою незыблемость, и в течение некоторого времени упоминать о ней в некоторых кругах было почти что неприлично. С категорией расстройств личности произошла похожая история. Когда в клинической сфере доминировали психодинамические и гуманистические теории, расстройства личности считались важным клиническим понятием. Но их популярность сошла на нет, по мере того как приобрели вес другие теории.

За последнее десятилетие концепции личности и расстройств личности обрели второе дыхание. Раз за разом клиницисты приходят к выводу, что жесткие личностные черты, по-видимому, являются источником особых проблем для отдельных индивидуумов. В результате расстройства личности опять приковывают к себе внимание теоретиков. Новые объективные тесты и опросники помогают теперь клиницистам в оценке этих расстройств и способствуют целой волне систематических исследований (Loranger et al., 1994; Zimmerman, 1994).

На данный момент глубоким исследованиям подвергались только антисоциальное и, в меньшей степени, пограничное расстройства личности. Однако поскольку другие расстройства личности также являются объектом исследовательского внимания, клиницисты должны найти более точные ответы на некоторые насущные вопросы. Насколько широко распространены различные расстройства личности? Насколько полезны их нынешние классификации? Как расстройства связаны между собой? Какие методы лечения наиболее эффективны?

Одним из наиболее важных вопросов является следующий: почему у людей формируются эти паттерны личности? Как мы отмечали, на данный момент большая часть ответов предложена теоретиками-психологами, но эти объяснения не слишком точны и не получают весомого исследовательского подтверждения. Учитывая нынешнее увлечение биологическими объяснениями, очевидно, в предстоящие годы большее число исследований будет посвящаться генетическим и биологическим факторам, что поможет определить их взаимосвязь с психологическими причинами. Не следует сбрасывать со счета и социокультурные факторы. Как мы могли видеть, социокультурные теоретики лишь изредка пытаются дать объяснение расстройствам личности. Однако социокультурные факторы могут играть важную роль в этих расстройствах и должны изучаться более внимательно, особенно потому, что, по определению, паттерны, обнаруживаемые при расстройствах личности, заметно отличаются от ожиданий общества, в котором живет индивидуум.

Вероятно, будущее принесет ряд серьезных изменений в области объяснений и методов лечения расстройств личности, и, соответственно, ныне существующая классификация расстройств личности, скорее всего, также претерпит изменения. Однако на сей раз подобные изменения будут, вероятно, базироваться на результатах исследований, а не на интуиции и впечатлениях клиницистов, как это чаще всего бывало в прошлом. Эти изменения должны сделать качественно иной жизнь многих людей, опутанных сетью жестких и неадекватных черт личности.

Ключевые термины

Личность

Черты личности

Расстройство личности

Коморбидность

«Странные» расстройства личности

Расстройства шизофренического спектра

Параноидное расстройство личности

Шизоидное расстройство личности

Шизотипическое расстройство личности
Идеи отношения
Соматосенсорные иллюзии
Расплывчатая речь
«Драматические» (аффектированные) расстройства личности
Антисоциальное расстройство личности
Психопатия
Социопатия
Пограничное расстройство личности
Гистрионное расстройство личности
Истерическое расстройство личности
Нарциссическое расстройство личности
«Тревожные» расстройства личности
Избегающее расстройство личности
Социальные фобии
Зависимое расстройство личности
Дихотомическое мышление
Обсессивно-компульсивное расстройство личности
Регрессия на анальную стадию (фазу) развития
Пассивно-агрессивное расстройство личности

Контрольные вопросы

1. Что такое расстройство личности и почему расстройства личности расположены в DSM-IV на Оси II?
2. Каковы основные особенности «странных» расстройств личности? Какое расстройство Оси I напоминают эти расстройства личности?
3. Опишите симптомы параноидного, шизоидного и шизотипического расстройств личности. Какие объяснения даются этим расстройствам и какие методы лечения используются для их устранения?
4. Что такое «драматические» (аффектированные) расстройства личности и каковы симптомы каждого из них?
5. Как теоретики объясняют антисоциальное расстройство личности? Насколько эффективно клиницисты лечат это расстройство?
6. Каковы основные объяснения и методы лечения пограничного, гистрионного и нарциссического расстройств личности? В какой степени эти объяснения и методы лечения подтверждаются исследованиями?
7. С какими видами расстройств, относимых к Оси I, схожи избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное расстройства личности? Удалось ли исследователям обнаружить тесные связи между этими расстройствами личности и расстройствами Оси I, которые они напоминают?
8. Каковы основные объяснения замкнутого, зависимого и обсессивно-компульсивного расстройств личности и в какой мере они подтверждаются исследованиями? Как лечат эти расстройства и насколько эффективны методы лечения?
9. Опишите проблемы социальных отношений, порождаемые каждым из расстройств личности.
10. С какими видами проблем сталкиваются клиницисты при диагностике расстройств личности? Каковы причины этих проблем и какие решения предлагаются?

Глава 15. Расстройства детского и пожилого возраста.

*Семилетнего мальчика Билли привела к психотерапевту его мать, потому что «он кажется очень несчастным и все время жалуется, что он болен или плохо себя чувствует»... Мать описала Билли как ребенка, который никогда не выглядит совершенно счастливым и никогда не хочет играть с другими детьми. С тех пор как пошел в детский сад, он постоянно жалуется на боли в желудке, головную боль и другие физические недомогания...
В первом классе Билли учился хорошо, но сейчас, когда он во втором классе,*

мальчику стало трудно справляться с учебой. Домашние задания отнимают у него очень много времени, и часто он чувствует, что должен переделать их, чтобы они были «такими, как надо». Из-за постоянных жалоб Билли на физические недомогания утром его бывает трудно отправить в школу. Если ребенку разрешают остаться дома, то он беспокоится, что отстанет от своих одноклассников в учебе. Когда же он все-таки идет в школу, то часто не может справиться с работой в классе, и это наполняет его ощущением безнадежности своего положения...

Беспокойство Билли простирается далеко за пределы школы, и часто он проявляет излишнюю привязанность и требовательность по отношению к родителям. Если родители возвращаются домой поздно или куда-нибудь идут без него, то он боится, что с ними может что-то случиться...

Хотя мать Билли признает, что он никогда не был по-настоящему счастлив, ей кажется, что за последние шесть месяцев депрессия у сына значительно усилилась. Он все время лежит где-то дома, утверждая, что слишком устал, чтобы что-нибудь делать. Мальчик не испытывает интереса к играм и не получает от них удовольствия. Его аппетит стал хуже. Билли с трудом засыпает по вечерам и часто просыпается посреди ночи или рано утром. Три недели назад он впервые заговорил о том, что хочет умереть... (Spitzer et al., 1994, p. 333-334).

Роуз Эшби, женщина семидесяти пяти лет, сказала доктору, что ощущает одиночество и подавленность. Терапевт ответил, что она должна встряхнуться. У нее есть все, ради чего стоит жить. «Что он знает? — думала про себя Роуз. — Разве ему пришлось за один год потерять такого мужа, как Чет, и перенести удаление левой груди из-за рака? Разве он страдал всю жизнь артритом?.. Разве его дом стал для него тюрьмой?.. Что он знает? Разве он понимает, что это значит — чувствовать, что каждый твой день может стать для тебя последним?..»

Когда она пожаловалась доктору что не может спать, он выписал ей рецепт, но сказал, что все пожилые люди испытывают трудности со сном. И опять Роуз повторяла себе: «Что он знает? Разве у него есть взрослая дочь, которая только и думает, что о своем последнем разводе, или внуки, которые вспоминают о нем, только когда получают на день рождения денежный чек? Разве все его друзья умерли и покинули его, уйдя в иной мир? Разве деньги, полученные им по страховке после смерти мужа, уже подходят к концу? Что он знает? Кто мог бы спать в этой тюрьме?»

Вернувшись в свой дом, Роуз умылась и уложила волосы... Посмотрите на эти волосы. Тонкие, редкие, некрасивые... Затем она сделала макияж и надушилась... О, какие духи покупал ей Чет!. Он всегда хотел, чтобы у нее было все только самое лучшее... Где сейчас эти духи? Ушли в небытие.

Вместе с Четом. Роуз выдавила из себя кривую улыбку в ответ на эту игру слов... Она посмотрела в зеркало на дверце шкафа. «Хорошо, что ты не можешь видеть теперь это лицо, Чет. Какое оно старое и безобразное...»

Почему никто не предупредил ее, что старость бывает такой? Это так несправедливо. Но им наплевать. Людям наплевать на всех, кроме самих себя... (Gernsbacheer, 1985, p. 227-228).

И Билли, и Роуз страдают от клинической депрессии. Хотя оба они испытывают чувство уныния, потерю интереса к окружающим и трудности при засыпании, их формы депрессии различаются по нескольким существенным параметрам. Билли ощущает боль в желудке и головную боль; Роуз испытывает чувство одиночества и гнев. Билли постоянно беспокоится о своих родителях, Роуз — о состоянии своего здоровья и финансов. Своими требованиями школа подхлестывает эмоциональный спад у Билли, а главную роль в депрессии Роуз играют потеря мужа, состояние здоровья и ушедшая молодость. Эти различия могут быть обусловлены многими факторами, и один из самых важных — возраст человека и то, в каком периоде жизни он находится.

Психические аномалии могут возникнуть в любом возрасте. Однако некоторые виды аномалий чаще всего проявляются в определенные периоды человеческой жизни, в частности, в детстве или в старости. Иногда нарушения могут быть вызваны специфическими для этих периодов жизни стрессовыми факторами. В других случаях главной причиной становятся какие-то исключительные переживания или биологические аномалии. Некоторые формы связанных с возрастом психологических расстройств проходят довольно быстро или поддаются лечению, другие могут продолжаться годами и даже в течение всей жизни. Третьи, особенно некоторые формы детских расстройств, переходят в иную форму или образуют почву для новых расстройств.

Ученые часто описывают жизнь как серию последовательных стадий, от рождения до смерти. Большинство людей проходят эти стадии в одном и том же порядке, хотя каждый делает это в своем собственном темпе и своим собственным способом. Фрейд утверждал, что каждый ребенок проходит в своем развитии одни и те же пять стадий: оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную. Эрик Эриксон, один из ведущих психологов XX века, к перечню важнейших стадий человеческой жизни добавил старость (Erikson, 1963). Хотя некоторые теоретики могут не соглашаться с деталями классификации Фрейда или Эриксона, большинство из них согласны с тем, что в каждом периоде нашей жизни мы испытываем давление определенных, характерных для этого периода обстоятельств, и что мы растем и развиваемся или испытываем упадок, в зависимости от того, как мы реагируем на это давление. В каждом периоде существует много возможностей для развития психологических расстройств.

В начале XX века клинические психологи рассматривали детей в качестве маленьких взрослых и часто подходили к их проблемам так, как будто это были психологические расстройства взрослых (Peterson & Roberts, 1991). И, что еще хуже, на стариков смотрели как на доживающих свой век зрелых людей, и их специфические расстройства вообще пробовали лечить очень редко. Теперь, однако, клиницисты признают, что у каждой из этих групп есть собственные характерные черты и проблемы и что все люди достойны внимания врачей и лечения.

Расстройства детского и подросткового возраста.

Взрослые люди часто считают детство беззаботным и счастливым временем, а между тем этому периоду жизни тоже свойственны страхи и огорчения.

На самом деле большинство детей, встречаясь с новыми людьми и ситуациями, проявляют, по крайней мере, некоторые эмоциональные и поведенческие нарушения. Например, они обычно испытывают беспокойство. Статистические исследования показывают, что почти половина всех детей страдает от многочисленных страхов (Silverman, La Greca & Wasserstein, 1995). Школа, здоровье и личная безопасность — это наиболее волнующие темы. Ночное недержание мочи, кошмары, внезапные вспышки раздражения и беспокойное поведение характерны для очень многих детей (King, 1993).

<Психологические заметки. Сегодняшние дети и молодые люди от 9 до 17 лет беспокоятся о том, будет ли у них достаточно денег (49%), не заразятся ли они СПИДом (42%), не попадут ли в автомобильную аварию (32%), не подвергнутся ли избиению или нападению (28%), не случится ли так, что их родители потеряют работу (23%) (Yankelovich Youth Monitor, 1994).>

Отрочество тоже может быть довольно трудным периодом. Физиологические изменения и сексуальное развитие, давление социальных и академических требований, сомнения и искушения приводят многих подростков в замешательство, делают их тревожными и подавленными (Peterson et al., 1993; Takanishi, 1993).

Сегодняшние подростки и молодые люди, хотя они в основном довольны жизнью, очевидно, меньше уверены в себе и меньше доверяют окружающим, более чувствительны и не настолько привязаны к своим семьям, чем их сверстники несколько десятилетий назад (Offer et al., 1981).

<Детская тревога может быть вызвана повторяющимися предупреждениями со стороны общества о возможных катастрофах. На этой фотографии японские школьники прячутся под партами во время урока, посвященного тому, как вести себя при землетрясении.>

Кроме этих общераспространенных психологических трудностей, около одной пятой всех детей и подростков в Соединенных Штатах испытывают диагностируемые психологические нарушения (Kazdin, 1994; Zill & Schoenborn, 1990). Мальчики страдают от таких расстройств чаще, чем девочки, хотя среди взрослых психологическими расстройствами чаще страдают женщины.

Детские тревожные расстройства.

Тревожные расстройства, встречающиеся у детей и подростков, как и у взрослых, включают в себя специфические фобии, социальные фобии, генерализованное тревожное расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство (Murray, 1996; Douglass et al., 1995). Однако одна из форм тревожного расстройства у детей, тревожное расстройство в связи с разлукой (separation anxiety disorder), отличается от

расстройств взрослых и выделена в справочнике DSM-IV в особую категорию. Дети, страдающие этим расстройством, ощущают сильную тревогу, часто даже панику, когда им приходится расставаться с родителями или уходить из дома (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении).

Тревожное расстройство в связи с разлукой — *детское расстройство, при котором дети испытывают сильную тревогу, часто даже панику, когда им приходится расставаться с родителями или уходить из дома.*

Девятилетняя девочка Кэри была направлена в районный центр психического здоровья ее школьным консультантом, когда, находясь в школе, стала без всякой видимой причины проявлять сильную тревогу.

Сначала она пожаловалась на боль в желудке, потом стала беспокоиться, что начнет задыхаться. Кэри говорила, что слишком нервничает и не может оставаться в школе, нужно, чтобы мать пришла за ней и забрала ее домой... По наблюдениям консультанта, такой же инцидент произошел и на следующий день, и опять закончился тем, что Кэри отправилась домой. С тех пор в школу она не вернулась...

Во время первого приема мать девочки указала, что, по ее впечатлениям, Кэри — просто слишком нервный ребенок для того, чтобы ходить в школу. Она утверждала, что много раз пыталась убедить дочь пойти в школу, но Кэри, казалось, боялась туда идти и выглядела так, как будто чувствует себя плохо, поэтому мать не стала настаивать... Когда ее спросили, ходит ли Кэри куда-нибудь одна, мать ответила, что Кэри это не нравится, и они с дочерью всегда все делают вместе. Затем мать отметила, что, по ее мнению, Кэри хочет всегда видеть ее рядом с собой и расстраивается, когда им приходится расставаться (Schwartz & Johnson, 1985, p. 188). Таким детям, как Кэри, сложно расстаться со своей семьей, и они часто отказываются идти в гости к друзьям или уходить из дома по каким-нибудь поручениям, ехать в детский летний лагерь или ходить в школу. Многие не могут даже оставаться в комнате в одиночестве и «ходят хвостом» за своими родителями по всему дому. Некоторые, кроме того, проявляют внезапные припадки раздражения, беспричинно плачут или умоляют родителей не покидать их. Дети могут бояться, что они потеряются, если останутся одни, или что с их родителями случится несчастье (АРА, 1994). По оценкам специалистов, около 4% детей и подростков младшего возраста страдают тревожным расстройством, связанным с разлукой, девочек среди них немного больше, чем мальчиков (АРА, 1994). Во многих случаях расстройство начинается после какого-нибудь стрессового события, например, смерти одного из родителей или любимого домашнего животного, переезда или перехода в другую школу.

<Как ты могла? Детские тревоги могут быть результатом огорчений, связанных с переменами в жизни семьи, например, с такой распространенной ситуацией, когда ребенку приходится делить внимание и привязанность родителя с другим человеком. Выражение лица этого мальчика, мама которого решила снова выйти замуж, говорит само за себя.>

Иногда, как в случае с Кэри, тревожное расстройство, связанное с разлукой, принимает форму фобии школы (school phobia) или отказа ходить в школу, когда ребенок боится идти в школу и часто остается дома в течение длительного времени. Это достаточно распространенная проблема, однако во многих случаях фобии школы действуют также иные факторы, такие как социальные страхи или страх перед учебной депрессией или боязнью конкретных объектов и лиц, с которыми ребенок встречается в школе.

Фобия школы — *схема психологических нарушений у детей, когда ребенок боится идти в школу и часто остается дома на длительный период времени. Также известна под названием отказ от посещения школы.*

Детские тревожные расстройства объясняются в основном так же, как тревожные расстройства взрослых (рассмотренные в главах 4 и 5). Однако специфические характеристики детства тоже могут играть здесь важную роль. Например, поскольку дети имеют меньше опыта, чем взрослые, мир часто предстает в их глазах незнакомым и страшным. Они могут пугаться обычных вещей, таких как начало школьных занятий или особенных, нарушающих ритм их жизни событий, таких как переезд в новый дом (Tweed, Schoenbach & George, 1989). Некоторые особенности культуры также могут внушать детям страх и закладывать почву для тревожного расстройства. Например, сегодня детей постоянно предупреждают, как дома, так и в школе, об опасностях, связанных с похищениями детей и наркотиками. Телевизионные шоу, фильмы и программы новостей бомбардируют их картинками

насилия и жестокости. Даже волшебные сказки и детские стишки содержат в себе пугающие образы, которые расстраивают многих детей.

При лечении тревожных расстройств используются психодинамический подход, поведенческая, когнитивная и семейная терапия или комбинация этих методов, что часто приводит к успеху (Kazdin & Weisz, 1998; Barrett, Dadds & Rapee, 1996). В некоторых случаях врачи также прописывают лекарства (Kearney & Silverman 1998; Klein et al., 1992), но этот подход пока не привлек достаточного внимания исследователей.

Поскольку детям обычно трудно распознать и понять свои чувства и мотивации, многие психотерапевты, особенно те, кто принадлежит к психодинамическому направлению, в ходе лечения используют игровую терапию. Они наблюдают за тем, как дети опосредованно выражают свои чувства и конфликты, играя с игрушками, рисуя картинки или сочиняя истории. Затем терапевт интерпретирует эту деятельность и, опять используя игру и фантазию, помогает ребенку преодолеть конфликт и изменить свои отношения, эмоции и поведение. Кроме того, так как дети обычно хорошо поддаются гипнозу, некоторые терапевты пробуют использовать гипнотерапию, для того чтобы помочь маленьким пациентам справиться с сильными страхами (Murray, 1996).

<Конструктивная игра. Терапевты могут использовать игровые методы для того, чтобы разобраться в процессах, протекающих в психике ребенка, помочь детям выразить свои чувства и мысли и научить их лучше понимать самих себя и других.>

Игровая терапия — подход к лечению детских расстройств, при котором детям предоставляется возможность выразить свои чувства и конфликты опосредованно, играя с игрушками, рисуя картинки и сочиняя истории.

Крупным планом

Жестокое обращение с детьми

Что я лучше всего помню о своей матери, так это то, что она все время была меня. Она была меня своими туфлями на высоких каблуках, ремнем моего отца, толкушкой для картошки. Когда мне было восемь лет, она однажды так изуродовала мои ноги, что я сказала ей, что пойду в полицию. «Иди, — сказала она, — они посадят тебя в самую темную тюрьму». Поэтому я осталась. Когда у меня начала расти грудь, мне тогда было 13 лет, она была меня по грудной клетке до тех пор, пока я не теряла сознание. Потом она обнимала меня и просила прощения... Многим детям снятся кошмарные сны о том, что их разлучили с родителями. А я часто, сидя на крыльце нашего дома, тихонько напевала про себя о том, как я уеду далеко-далеко, чтобы найти себе другую маму (Time, September 5, 1983, p. 20).

Жестокое обращение с ребенком — это неслучайное применение взрослым физического или психологического насилия по отношению к ребенку, часто с намерением причинить ребенку боль или увечье. Каждый год происходит около 3 миллионов случаев физической жестокости по отношению к детям (Gallup, 1995; McCurdy & Daro, 1993). Статистические данные говорят о том, что каждый десятый ребенок становится жертвой жестоких насильственных действий, таких как пинки, укусы, избиения (часто с использованием предметов), угрозы или нападение с применением холодного или огнестрельного оружия (Gelles & Straus, 1987). Фактически, многие наблюдатели считают, что физическое насилие и пренебрежение являются главными причинами смертности маленьких детей. И девочки, и мальчики приблизительно в равной степени страдают от жестокого обращения. Хотя жестокое обращение с детьми встречается во всех социоэкономических группах, оно, очевидно, более распространено среди бедных слоев населения (Gallup, 1995; Gelles, 1992). Обычно жестокость по отношению к ребенку проявляют родители. Согласно клиническим данным, такие родители часто обладают плохой способностью контролировать свои импульсивные действия и низким самоуважением. Многие сами, будучи детьми, подвергались жестокому обращению и усвоили порочные ролевые модели. В некоторых случаях они испытывают стресс, вызванный, например, плохими отношениями между супругами или отсутствием работы (Whipple, Webster & Stratton, 1991).

Исследования, посвященные этой теме, показывают, что дети — жертвы жестокого обращения, могут страдать как от непосредственных, так и от долговременных психологических последствий таких действий. Например, установлено, что дети, которые подвергаются дома жестокому обращению, хуже успевают и хуже ведут себя в школе. Также были отмечены такие долговременные эффекты, как пониженный уровень социального признания, большее количество психологических расстройств,

частые случаи злоупотребления алкоголем или другими веществами, больше попаданий в полицию в подростковом возрасте, повышенный риск совершения преступлений, связанных с насилием, сравнительно высокий уровень безработицы и самоубийств (Emery & Laumann-Billings, 1998; Stein et al., 1996; Knutson, 1995; Egeland, 1991; Widom, 1991, 1989). И, наконец, более трети страдающих от жестокого обращения детей, вырастая, сами становятся жестокими, невнимательными или несоответствующими своей роли родителями (Oliver, 1993).

В последние годы особое внимание привлекают два вида жестокого обращения с детьми: психологическая жестокость и сексуальные злоупотребления.

Психологическая жестокость включает в себя такие явления, как грубое невнимание к ребенку, чрезмерно суровая дисциплина, вымещение на ребенке своих отрицательных эмоций и издевательские насмешки, изоляция ребенка или отказ в предоставлении необходимой помощи ребенку с психологическими проблемами (Hart & Brassard, 1991, 1987). Вероятно, проявления психологической жестокости сопровождают физическое жестокое обращение и пренебрежение любого вида, и каждый год в США отмечается еще по крайней мере 200 тысяч эпизодов, когда эти явления не связаны (McCurdy & Daro, 1993; AAPS, 1992).

Случаи сексуального злоупотребления детьми, то есть использования детей для удовлетворения сексуальных желаний взрослых, могут происходить как в доме, где живет ребенок, так и вне его (Davidson et al., 1996). В 25% случаев жертвами становятся дети до семи лет (Wurtele & Schmitt, 1992). 20% опрошенных взрослых женщин сообщали, что в детстве их принуждали к сексуальному контакту со взрослым мужчиной, во многих случаях это был отец или отчим (Eisen, 1993; Lloyd, 1992). Хотя известные данные говорят о том, что девочки чаще становятся жертвами сексуального злоупотребления, мальчики также подвергаются сексуальному насилию, и количество таких случаев может быть больше, чем регистрируется во время статистических опросов (Lloyd, 1992).

Терапевтические методы, применяемые в случаях жестокого обращения с детьми, разнообразны, иногда родителям помогают понять причины своего поведения, обучают их альтернативным способам взаимодействия с детьми и родительским навыкам в группах, например таких, которые действуют под эгидой национальной организации «Анонимные родители» (Azar & Siegal, 1990; Wolfe et al., 1988). Может также использоваться когнитивная терапия, помогающая родителям изменить свои нереалистические ожидания относительно поведения детей (Azar & Siegal, 1990; Azar et al., 1984). Некоторые подходы сосредоточены на том, чтобы помочь родителям более эффективно справляться с вызывающими стресс обстоятельствами своей жизни, которые часто провоцируют жестокое обращение с детьми, такими как безработица, супружеские конфликты и ощущение депрессии (Campbell et al., 1983). Эффекты этих и других подобных подходов еще ждут тщательного исследования (Emery & Laumann-Billings, 1998; Azar & Wolfe, 1989).

Научные исследования данной проблемы подтверждают, что психологические нужды маленьких жертв также должны приниматься во внимание на как можно более ранней стадии (Roesler & McKenzie, 1994). Врачи и специалисты по образованию даже запустили специальную программу раннего распознавания, предназначенную для того, чтобы (1) объяснить детям, что такое жестокое обращение с ребенком; (2) научить их спасаться от жестокого обращения и избегать ситуаций, в которых возможно жестокое обращение; (3) побудить детей говорить другим взрослым о том, что с ними жестоко обращаются; (4) вселить в детей уверенность в том, что жестокое обращение с ними никогда не является их собственной виной (Finkelhor et al., 1995). Эта программа, по-видимому, повышает вероятность того, что дети будут сообщать о жестоком обращении с ними, уменьшает их склонность обвинять во всем себя и увеличивает их чувство самоэффективности (Finkelhor et al., 1995).

Депрессия у детей.

Как и взрослые, дети могут испытывать депрессию (Kovacs, 1997). Мальчик Билли, о котором мы рассказывали в начале этой главы, страдал именно от нее. То же самое можно сказать и о Бобби.

При наблюдении за Бобби в игровой комнате было очевидно, что его активность намного ниже, чем можно было бы ожидать у ребенка 10 лет. Он не проявлял интереса к игрушкам, которые находились вокруг него, и его невозможно было увлечь какой бы то ни было игрой более чем на несколько минут. Когда мальчика попросили рассказать о доме и школе, Билли заявил, что не любит школу, потому что у него нет там друзей и он не умеет играть в футбол и баскетбол так же хорошо, как другие дети,

заметив при этом: «Вообще-то я ничего не умею делать хорошо...» Когда его спросили, что бы он пожелал, если бы появился волшебник и пообещал исполнить три его желания, Билли ответил: «Я хотел бы стать таким мальчиком, каким меня хотят видеть мои мама и папа, я хотел бы, чтобы у меня были друзья и чтобы мне не было так грустно».

Во время беседы с родителями мать Бобби сообщила, что в последний год состояние сына стало вызывать у них с мужем сильную обеспокоенность. Она сказала, что Бобби всегда выглядит печальным и часто плачет без видимой причины, что он не проявляет интереса к большинству вещей, которые раньше доставляли ему удовольствие. Мать подтвердила заявление Билли о том, что у него нет друзей, отметив, что в течение последних 6 или 9 месяцев он стал значительно более одиноким. По ее мнению, учеба в школе также страдает, поскольку Билли не может сосредоточиться на учебных занятиях и, кажется, «просто потерял к ним интерес». Мать отметила, однако, что наибольшее беспокойство вызывает у нее то, что сын в последнее время стал все чаще говорить о том, чтобы «убить себя», утверждая, что его родителям будет лучше, если его не будет рядом (Schwartz & Johnson, 1985, p. 214).

Примерно 2% детей и подростков до 17 лет испытывают выраженные расстройства настроения (Kazdin, 1994), притом что среди подростков старше 10 лет эта доля равна 7% (Peterson et al, 1993, 1991). Юные жертвы депрессии особенно часто демонстрируют такие симптомы, как плохое физическое самочувствие (например, боли в желудке или головная боль), раздражительность и попытки избежать социальных взаимодействий (APA, 1994). В возрасте до 11 лет мальчики и девочки одинаково часто испытывают депрессию, но к 18 годам девушек, страдающих депрессией, становится в два раза больше, чем юношей (Hankin et al., 1998; Angold & Rutter, 1992).

Детскую депрессию объясняют в основном так же, как и депрессию взрослых. Клиницисты указывают, например, на такие факторы, как утрата, выученная беспомощность, негативные когнитивные установки и малая активность серотонина или норадренина (Todd et al., 1996; Peterson et al., 1993). Также, подобно депрессии у взрослых, многие случаи детской депрессии кажутся вызванными каким-нибудь негативным жизненным событием, серьезными переменами в жизни, чувством отверженности или продолжительным жестоким обращением с ребенком.

Как и депрессия взрослых, детская депрессия часто поддается лечению методами когнитивной терапии или с помощью интерперсональных подходов, таких как обучение социальным навыкам (Kazdin & Weisz, 1998). Кроме того, часто бывает эффективной семейная терапия (Beardslee et al., 1996). Применение антидепрессантов, по наблюдениям клиницистов, не приносит стойких улучшений в случаях детской депрессии (Ambrosini et al., 1993; Geller et al., 1993). Однако они, по-видимому, способны помочь страдающим от депрессии подросткам (Sallee et al., 1997).

Расстройства, выражающиеся в разрушительном поведении.

Дети часто ведут себя не слишком примерно (рис. 15.1). Однако если ребенок последовательно демонстрирует исключительную враждебность и вызывающее поведение, ему может быть поставлен диагноз «оппозиционно-вызывающее расстройство», или «расстройство поведения». Дети с оппозиционно-вызывающим расстройством (oppositional defiant disorder) постоянно спорят со взрослыми, устраивают скандалы и испытывают сильное чувство гнева и обиды (см. список DSM-IV в Приложении). Они часто игнорируют нормы и требования взрослого мира, стараются вызвать раздражение у окружающих и обвиняют других в собственных ошибках и трудностях. До начала полового созревания это расстройство встречается у мальчиков чаще, чем у девочек, но после начала пубертатного периода одинаково часто наблюдается и у юношей, и у девушек. От 2 до 16% детей и подростков демонстрируют описанное расстройство (APA, 1994).

Оппозиционно-вызывающее расстройство — детское расстройство, характеризующееся тем, что ребенок постоянно спорит со взрослыми, устраивает скандалы и испытывает сильное чувство гнева и обиды.

Дети, страдающие расстройством поведения (conduct disorder), проявляют более серьезные нарушения; они не просто ведут себя вызывающе, но и постоянно совершают действия, направленные против основных прав других людей (см. список DSM-IV в Приложении). Они часто бывают агрессивными и могут проявлять физическую жестокость по отношению к людям или животным, намеренно портить чужое имущество, лгать, прогуливать уроки или убежать из дома. Многие из них крадут, угрожают или совершают такие преступления, как мелкое воровство в

магазинах, подлог, взлом зданий или автомобилей, хулиганство или вооруженное ограбление. Когда они становятся старше, к списку их насильственных действий добавляется изнасилование или, реже, убийство (APA, 1994).

Расстройство поведения — *детское расстройство, при котором ребенок постоянно нарушает основные права других людей, проявляет агрессивность, иногда портит чужое имущество, лжет или убегает из дома.*

Расстройство, выражающееся в разрушительном поведении (disruptive behavior disorders), обычно, хотя и не всегда, начинается в возрасте до 10 лет. От 6 до 16% мальчиков и от 2 до 9% девочек проявляют признаки этого расстройства. Легкое расстройство поведения со временем может пройти, но более серьезные формы продолжаются и во взрослой жизни и могут вылиться в антисоциальное расстройство личности или другие психологические проблемы (Meyers et al., 1998; Kratzer & Hodgins, 1997).

Возникновение расстройства поведения в некоторых случаях связывают с биологическими факторами, злоупотреблением наркотиками и бедностью (Slutske et al., 1997; Needleman, et al., 1996). Однако чаще всего его причины видят в трудных взаимоотношениях между родителями и детьми, семейных конфликтах и враждебных отношениях в семье (Klein et al., 1997; Hoge, Andrews, Leschied, 1996). Дети, родители которых отказываются уделять им внимание, бросают их или не способны организовать необходимую дисциплину и контролировать поведение ребенка, намного чаще демонстрируют расстройство поведения (Rosenstein & Horowitz, 1996; Staub, 1996). Точно так же замечено, что дети, родители которых сами ведут себя антисоциально, злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами, страдают расстройствами настроения или шизофренией, по-видимому, более подвержены расстройствам поведения (APA, 1994).

<**Психологические заметки.** Статистические исследования показывают, что каждый двадцатый ученик старших классов средних школ в Соединенных Штатах носит с собой в школу огнестрельное оружие (Options, 1994).>

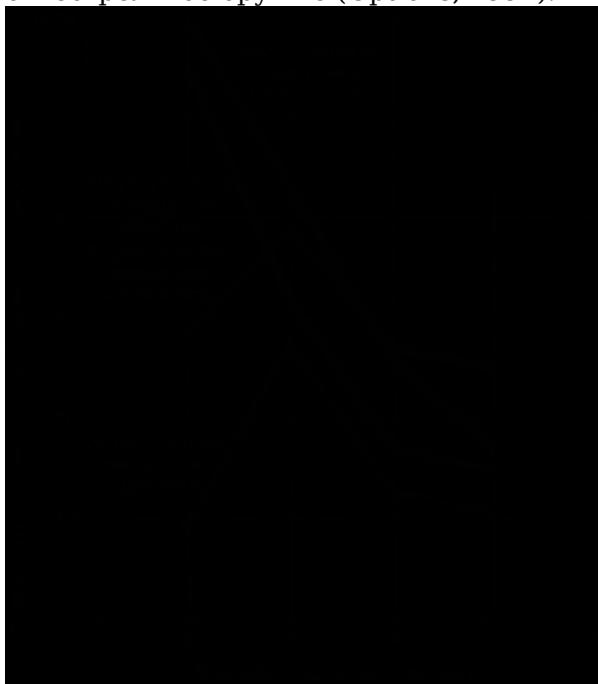


Рисунок 15.1. Плохое поведение у маленьких детей. Оценки поведения более чем 700 дошкольников, сделанные воспитателями, показывают, что уровень агрессивности и неуступчивости у маленьких детей снижается, когда дети становятся старше (Crowther, Bond & Rolf, 1981).

Терапевтические подходы, применяемые к расстройствам поведения, наиболее эффективны, когда ребенку меньше 13 лет, потому что разрушительная схема поведения с возрастом становится более устойчивой (Burnette & Murray, 1996; Tate et al., 1995). Учитывая значение семейных факторов в развитии данного расстройства, терапевты часто работают со всей семьей. Наибольший успех приносят следующие подходы: (1) родителей обучают более эффективно взаимодействовать со своими детьми (например, последовательно вознаграждать их за соответствующее общественным нормам поведение) и (2) поведенчески-ориентированная семейная

терапия, когда психотерапевт работает одновременно с родителями и детьми (Kazdin & Weisz, 1998; Kazdin, 1997).

Социокультурные подходы, такие как терапия в реабилитационных центрах по месту жительства, специальные программы в школах и групповая терапия, также в некоторых случаях приносят пользу (Braswell et al., 1997; Tate et al., 1995). Иногда эффективными бывают индивидуальные подходы, особенно те, что учат детей справляться с чувством гнева (Tate et al., 1995). Кроме того, недавно были предприняты попытки использовать лекарственные препараты для того, чтобы сделать более контролируемыми вспышки агрессивности у детей (Donovan et al., 1997). Помещение детей и подростков в специальные учреждения, так называемые центры для несовершеннолетних правонарушителей, не приносит особенного успеха (Tate et al., 1995). На самом деле такие учреждения часто способствуют усилению отклонений в поведении, вместо того чтобы служить возвращению юных правонарушителей в общество (Erickson, 1992) (рис. 15.2).

<Психологические заметки. До окончания начальной школы средний американский ребенок успевает увидеть по телевизору 8000 сцен убийства и 100 000 сцен насилия (Adler, 1994).>

Возможно, наиболее обнадеживающим средством в случае расстройств поведения являются превентивные (психопрофилактические) программы, которые работают с детьми, начиная с самого раннего возраста. Эти программы нацелены на то, чтобы изменить неблагоприятные социальные условия еще до того, как они выльются в расстройство поведения. Превентивные программы включают организацию возможностей для развития и развлечения детей, мероприятия по охране их здоровья, облегчению жизни детей из бедных семей и обучение родителей. Все подобные подходы являются более действенными, когда терапия и обучение охватывают всю семью (Burnette & Murray, 1996; Zigler et al., 1992).

Сцены из современной жизни

Силовые игры среди детей

Каждые несколько лет дети выбирают себе нового фантастического героя или героиню. Часто их увлечение этим персонажем возбуждает озабоченность и интерес. Рэйнджеры Силы Майти Морфин, персонажи как мужского, так и женского пола, являются предметом споров с того самого момента, когда несколько лет назад стало популярным телевизионное шоу под аналогичным названием (Hellmich, 1995). Многие практические психологи и родители выражают свою обеспокоенность тем, что Рэйнджеры Силы слишком часто прибегают к насилию, и их образ может внушить детям представление, что с помощью насилия можно разрешить проблемы, создавая несоответствие между фантазией и реальностью.

<Вопросы для размышления. Могут ли выдуманные герои, прибегающие к насильственным действиям, способствовать развитию у детей оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения? Некоторые эксперты утверждают, что игра в супергероя — это на самом деле один из аспектов нормального развития здорового человека. Почему это может быть так? Не может ли поэтому оказаться, что беспокойство, вызванное поведением телевизионных героев, слишком раздуто?>

Расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью.

Дети, страдающие расстройством, связанным с дефицитом внимания и гиперактивностью (attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)) (по классификации МКБ-10 — гиперкинетическое), практически не способны сосредоточиться на задаче, или ведут себя чересчур активно и импульсивно, или демонстрируют оба этих признака (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Расстройство обычно начинается проявляться в дошкольном возрасте, как в случае со Стивеном, мальчиком, демонстрировавшим недостаток внимания, гиперактивность и импульсивность. *Мать Стивена не может вспомнить такого времени, когда ее сын не торопился бы куда-нибудь или не попадал бы в какую-нибудь переделку. В младенческом возрасте он был невероятно активен и так раскачивал свою детскую кроватку, что она едва не разваливалась на части. Болты и гайки, скреплявшие части кроватки, разбалтывались, так что их нужно было периодически подтягивать. Стивен постоянно оказывался в запрещенных местах, его то и дело ловили в кухне под раковиной или около шкафчика с лекарствами. Однажды он выпил моющее средство и его пришлось срочно везти в больницу. Фактически, со Стивеном намного чаще, чем с его старшим братом и младшей сестрой, происходили несчастные случаи, и он был намного более*

неуклюжим, чем они... Казалось, он все время куда-то бежит с большой скоростью. Мать вспоминает, что Стивен перешел от ползания к бегу очень быстро, почти без промежуточной стадии ходьбы.

Настоящие трудности начались у Стивена, когда он пошел в детский сад. В школе его жизнь превратилась в кошмар, так же как и жизнь его учителя. Стивен казался совершенно неспособным сосредоточиться на задании и следовать учительским указаниям. Он предпочитал разговаривать с соседом по парте или бродить по классу без разрешения учителя. Когда же он сидел и учитель не спускал с него глаз, чтобы быть уверенным, что Стивен занимается своей классной работой, его тело все равно постоянно находилось в движении. Он либо постукивал своим карандашом, либо беспокойно вертелся, либо отворачивался к окну и погружался в мечты. Детский сад Стивен ненавидел и редко дружил с кем-нибудь долго, школьные же требования оказались для него непосильной нагрузкой. Эта несовместимость сегодня очевидно сказывается на школьных успехах Стивена и его отношении к школе. Он отстает в учебе и с трудом усваивает новый материал; он больше не слушается учителя и опять начал болтать во время уроков (Gelfand, Jenson & Drew, 1982, p. 256).

	Относительное количество подростков, %
Все население	14
Лица, совершившие преступления, связанные с насилием	30
Убийцы	34
Жертвы преступлений, связанных с насилием	33

Рисунок 15.2. Подростковая преступность. Доля преступлений, совершаемых в Соединенных Штатах тинэйджерами, по сравнению с общим относительным числом подростков и молодых людей этого возраста непропорционально велика. Хотя их доля среди всего населения составляет только 14%, они совершают около 30% всех преступлений, связанных с насилием, и 34% всех убийств. Жертвами 33% преступлений, связанных с насилием, также являются тинэйджеры. (Benson, 1996; FBI Uniform Crime Reports, 1996; National Crime Victimization Survey, 1996, 1993.)

Симптомы данного расстройства часто усиливают друг друга. Ребенок, которому трудно сфокусировать свое внимание, может хвататься за несколько разных дел одновременно. С другой стороны, для ребенка, который постоянно находится в движении, может быть сложно уделять много внимания одной задаче или проявлять рассудительность. Часто бывает, что одна из сторон расстройства выражена сильнее, чем другая (Gaub & Carlson, 1997). Около половины детей, страдающих данным расстройством, имеют проблемы в учебе и в общении, часть испытывает трудности в отношениях с другими детьми, и около 80% отличаются плохим поведением, порой совершая довольно серьезные проступки (Mariani & Barkley, 1997; Greene et al., 1996).

Расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью — расстройство, при котором человек не может сконцентрировать свое внимание, либо ведет себя чересчур активно и импульсивно, либо проявляет оба этих признака. Признаки расстройства, связанного с гиперактивностью и дефицитом внимания, проявляются у 5% школьников, и 80% из них мальчики. Расстройство, как правило, длится в течение всего детства (APA, 1994; Ross & Ross, 1982). У многих детей к тому времени, когда они достигают возраста старших классов школы, симптомы ослабевают, но в некоторых случаях проблемы остаются и потом (Wilson & Marcotte, 1996; APA, 1994). Треть детей, страдающих этим расстройством, продолжают демонстрировать его симптомы и после того, как становятся взрослыми, и примерно у одной десятой оно переходит в антисоциальное расстройство личности или в расстройство, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами (Mannuzza et al., 1998; Weiss et al., 1995).

Сегодняшние клиницисты в основном рассматривают данное расстройство как имеющее несколько совместно действующих причин, включая биологические факторы. На самом деле одно время это расстройство считали вызванным минимальными повреждениями головного мозга (минимальной мозговой дисфункцией — ММД), чему способствовал высокий стресс и отношения в семье (Sherman, McGue, & Iacono, 1997; Needleman et al., 1996). Однако не существует четких и последовательных доказательств того, что каждая из этих предполагаемых причин,

взятая отдельно, может вызвать расстройство (Anastopoulos & Barkley, 1992). Социокультурные теоретики также указывают на то, что расстройство, связанное с гиперактивностью и дефицитом внимания, может создавать у детей дополнительные проблемы в общении и приводить к появлению дополнительных симптомов. Подразумевается, что гиперактивные дети расцениваются более негативно, чем другие, как их сверстниками, так и родителями и самими детьми (King & Young, 1981; Arnold, 1973).

Относительно наиболее эффективных методов лечения данного расстройства согласия нет. Самым распространенным подходом до сих пор было применение стимуляторов, таких как метилфенидат (Риталин) (рис. 15.3). Эти лекарства иногда оказывают успокаивающее воздействие на гиперактивных детей и повышают их способность решать проблемы, учиться и контролировать свои агрессивные импульсы (Hinshaw, 1991; Douglas et al., 1988). Однако некоторые клиницисты опасаются, что эти лекарства могут иметь нежелательные долговременные эффекты (Greenhill, 1992).

Метилфенидат — стимулирующий лекарственный препарат, более известный под своим рыночным названием «Риталин», широко использующийся для лечения гиперкинетического расстройства.

Бихевиористы обучают педагогов и родителей способам, какими можно подкрепить усилия ребенка, направленные на концентрацию внимания или хорошее поведение дома и в школе. Такая техника оперантного обусловливания также может приносить пользу, особенно в сочетании с лекарственными средствами (Du Paul & Barkley, 1993).

Сцены из современной жизни

Риталин: химическая смирительная рубашка или чудесное лекарство?

Когда Том только появился на свет, он, по словам его матери Анны, вел себя как «сумасшедший ребенок». «На малейшее прикосновение он реагировал очень бурно и почти никогда не спал». Вскоре после того как Тому исполнилось два года, администрация детского сада, куда он ходил, обратилась к Анне с просьбой забрать сына. Они считали, что его поведение «слишком сильно отклоняется от нормы», — вспоминает она. Врачи, которым она показывала Тома, много раз проверяли его на наличие органических повреждений мозга, но не смогли обнаружить никаких физиологических объяснений явно выраженному у него отсутствию самоконтроля. Коэффициент интеллекта у него всегда был высоким, хотя в школе он успевал плохо. В конце концов Тому был поставлен диагноз «расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью (ADHD)»... Относительно серьезности его симптомов психотерапевт сказал Анне, что Том может набрать 15 баллов по десятибалльной шкале. В качестве лечения доктор прописал метилфенидат (methylphenidate), больше известный под его рыночным названием «Риталин» (Lewtwyler, 1996; p. 13).

Подобно Тому, миллионы детей и взрослых, страдающих гиперкинетическим расстройством, принимают метилфенидат, или «Риталин», стимулятор, который наряду с другими подобными лекарствами используется уже несколько десятилетий. Хотя сегодня метилфенидат производят много разных фирм, препарат по-прежнему известен под именем «Риталин», представляющим самую знаменитую торговую марку. С тех пор как ученые выяснили, что «Риталин» оказывает успокаивающее воздействие на детей и взрослых, страдающих гиперкинетическим расстройством, и способен помочь им фокусировать внимание и решать сложные задачи, употребление этого препарата очень сильно возросло, — по некоторым оценкам, только с 1990 года оно выросло на 250% (Nancosc, 1996). От 10 до 12% американских мальчиков, вероятно, принимают «Риталин» как лекарство от гиперкинетического расстройства; увеличивается также и число девочек, принимающих этот препарат. Каждый год производится около 8,5 тонн «Риталина», и 90% его потребляется в Соединенных Штатах (Lewtwyler, 1996; UNINCB, 1996).

Однако многие врачи и родители задают вопросы о степени необходимости применения данного лекарства и его безопасности (Breggin, 1998). В конце 80-х годов было предъявлено несколько судебных исков врачам, школам и даже Американской психиатрической ассоциации с обвинением в неправильном применении «Риталина» (Safer, 1994). Большинство исков было отклонено, но бурное обсуждение темы в средствах массовой информации серьезно повлияло на отношение людей к этому лекарству (Safer & Krager, 1992). К тому же в последние годы «Риталин» стал популярным среди американских подростков. Некоторые подростки принимают его в качестве наркотика, и уже есть случаи возникновения наркотической зависимости (UNINCB, 1996), что еще больше увеличивает обеспокоенность общества по поводу этого препарата.

В 1996 году, после проведения обширного и тщательного исследования, Международный совет по контролю над наркотиками Организации Объединенных Наций сделал заключение, что диагноз «расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью», в Соединенных Штатах, скорее всего, ставится чаще, чем нужно, и диагноз многих из тех детей, которые принимают «Риталин», может быть ошибочным. Данное расстройство можно надежно диагностировать только после серии наблюдений, бесед, психологических тестов и медицинских обследований. При этом одно из статистических исследований выявляет, что только 50% детей, которым педиатрами был поставлен такой диагноз, проходили какое-либо психологическое или педагогическое тестирование для подтверждения заключения врача (Leutwyler, 1996). С другой стороны, «Риталин» имеет и несомненные достоинства и, очевидно, очень помогает детям и взрослым, действительно страдающим от гиперкинетического расстройства. Обучение родителей и поведенческие программы также приносят пользу в некоторых случаях, но не во всех. Более того, бихевиористские методы часто оказываются более эффективными в сочетании с применением «Риталина» (Vinson, 1994; Du Paul & Barkley, 1993). Когда дети с гиперкинетическим расстройством перестают принимать лекарство, часто из-за негативных отзывов о нем в средствах массовой информации, многие из них демонстрируют явные ухудшения своего состояния (Safer & Krager, 1992).

Известно также, что «Риталин» относительно безопасен для людей, страдающих гиперкинетическим расстройством (Leutwyler, 1996; Safer & Krager, 1993). В большинстве случаев нежелательные последствия его применения не являются чем-то более серьезным, чем бессонница, легкая головная боль или боль в желудке или потеря аппетита. Однако в некоторых редких случаях препарат может вызвать лицевой тик. Кроме того, он может воздействовать на функцию роста у некоторых детей, так что для предотвращения этого эффекта им нужно организовывать «лекарственные каникулы» в летнее время. В настоящее время нет доказательств того, что употребление «Риталина» может иметь долговременные последствия (Vinson, 1994), но дополнительные исследования в этой области, очевидно, необходимы.

Таким образом, вопрос заключается в том, как быть с лекарством, которое помогает многим людям, но которое часто используют не по назначению и в некоторых случаях даже во вред. Ответ, к которому постепенно приходят клиницисты, — это улучшение контроля над его применением. Ученые должны продолжать исследование воздействия этого препарата. Педиатры и другие люди, которые работают с детьми, должны получать лучшую подготовку в том, что касается диагностирования гиперкинетического расстройства. Также нужно требовать, чтобы они проводили более полное обследование, прежде чем поставить такой диагноз. И они должны иметь представление о других эффективных терапевтических методах, кроме применения «Риталина». Только тогда «Риталин» станет тем, чем он может быть, — действительно полезным лекарством в случае серьезных расстройств.

<Заголовок на журнальной странице Newsweek: «Риталин». Не слишком ли мы пичкаем лекарствами наших детей? >

Расстройства выделительных функций.

Дети с расстройствами выделительных функций (elimination disorders) постоянно мочатся или выделяют кал в свою одежду, в постель или на пол. При этом они находятся уже в таком возрасте, что должны уметь контролировать такие функции своего тела, и эти симптомы не вызваны физическим заболеванием.

Энурез

Энурез — это постоянное ненамеренное (а в некоторых случаях и намеренное) выделение мочи в постель или в одежду. Такое обычно происходит ночью, во время сна, но может случаться и днем. Для того чтобы ребенку можно было поставить диагноз энурез, ему должно быть не меньше 5 лет (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Данная проблема часто возникает в связи с каким-нибудь вызывающим стресс событием, таким как госпитализация или поступление в школу. Случаи энуреза встречаются тем реже, чем старше дети. Это расстройство диагностируется у 7% мальчиков и 3% девочек в возрасте 5 лет, а в возрасте 10 лет оно наблюдается только у 3% мальчиков и 2% девочек. В возрасте 18 лет этим расстройством страдают не более 1% молодых людей (APA, 1994).

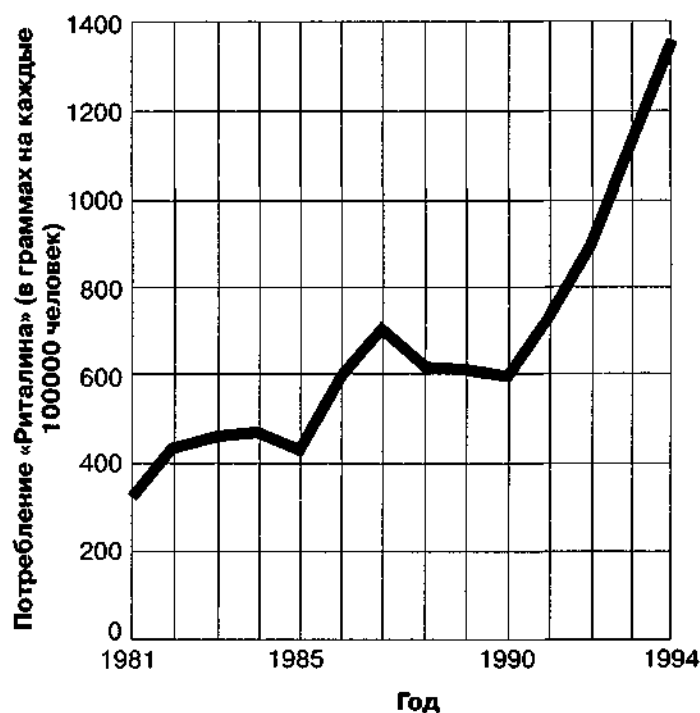


Рисунок 15.3. Рост популярности «Риталина». Употребление «Риталина» стало расти с начала 80-х годов, когда ученые обнаружили, что он может помогать людям, страдающим гиперкинетическим расстройством. Только за 90-е годы продажа этого препарата увеличилась почти что втрое. (Drug Enforcement Administration, 1996.)

Энурез — *детское расстройство, при котором ребенок постоянно мочится в постель или в одежду.*

Ни одно из существующих объяснений энуреза не получило очевидных подтверждений. Теоретики психодинамического направления рассматривают это расстройство как симптом обширной тревоги и наличия скрытых конфликтов (Olmos de Paz, 1990). Теоретики семейной терапии указывают на нарушенные взаимоотношения в семье. Бихевиористы считают данное расстройство результатом неправильного приучения к пользованию туалетом. А теоретики биологического направления высказывают предположение, что у детей с такими проблемами медленно развивается мочеиспускательная система (Erickson, 1992).

В большинстве случаев энурез со временем проходит без всякого лечения. Однако терапевтическое вмешательство, особенно поведенческая терапия, может помочь ускорить этот процесс (Friman & Warzak, 1990; Whelan & Houts, 1990). Широко используется подход классического обусловливания, при котором под спящего ребенка подкладывается подушечка, содержащая две пластинки из металлической фольги, к которым подсоединяются звонок и батарейка (Howe & Walker, 1992; Mowrer & Mowrer, 1938). Единственная капля мочи, попадающая на пластинку, включает звонок, и ребенок просыпается сразу же, как только начинает мочиться. Таким образом, звонок (безусловный стимул), привязанный к ощущению полного мочевого пузыря (обусловленный стимул), вызывает реакцию пробуждения. В конце концов ощущение полного мочевого пузыря само по себе начинает вызывать пробуждение. <«Представление о юности как о счастливом времени — это заблуждение, свойственное тем, кто уже расстался с ней». — У. Сомерсет Моэм, «О подневольности человека», 1915>

Энкопрез

Энкопрез (encopresis), расстройство, характеризующееся повторяющимся выделением кала в одежду, встречается реже, чем энурез, и менее изучено (см. Диагностическую таблицу DSM-IV в Приложении). Неприятные эпизоды изредка происходят ночью, во время сна (Levine, 1975). Обычно это случается непроизвольно, начиная с 4-х лет, и около 1% пятилетних детей страдают этим расстройством (табл. 15.1). К подростковому возрасту их число уменьшается почти до нуля. Данное расстройство чаще наблюдается у мальчиков, чем у девочек (APA, 1994).

Энкопрез — *детское расстройство, характеризующееся повторяющимся выделением кала в неподходящие для этого места, например, в одежду.*

Энкопрез, как правило, вызывает значительные социальные трудности, стыд и

смущение. Дети, страдающие этим расстройством, часто пытаются скрыть свои проблемы и стараются избегать ситуаций, в которых они могут попасть в неловкое положение, таких как пребывание в летнем лагере или школе (APA, 1994; Ross, 1981). Расстройство может возникать в результате стресса, запора или неправильного обучения туалету. Наиболее распространенные и эффективные методы лечения — поведенческий и биологический подходы или их сочетание (Rosen, 1993; Thaper et al., 1992). Семейная терапия также приносит пользу (Wells & Hinkle, 1990).

Резюме

Проблемы, связанные с эмоциональным состоянием и поведением, — обычное явление в детском и подростковом возрасте. Одна пятая всех детей и подростков в Соединенных Штатах страдают психологическими расстройствами.

Таблица 15.1. Сравнительная характеристика детских расстройств

Расстройство	Возраст, в котором обычно впервые проявляется	Степень распространения у детей	Пол, более предрасположенный к данному расстройству	Связано ли с семейными обстоятельствами	Проходит ли к подростковому возрасту
Тревожное расстройство в связи с разлукой	до 12 лет	4%	женский	да	часто
Расстройство поведения	до 12 лет	8%	мужской	да	часто
Гиперкинетическое расстройство (ADHD)	до 12 лет	5%	мужской	да	часто
Энурез	5-8 лет	5%	мужской	да	как правило
Энкопрез	после 4 лет	1%	мужской	неясно	всегда
Расстройства школьных навыков	6-9 лет	5%	мужской	да	часто
Аутизм	0-3 лет	0,05%	мужской	да	иногда
Умственная отсталость	до 10 лет	1%	мужской	неясно	иногда

Тревожные расстройства и депрессия. Детские тревожные расстройства включают расстройства, подобные аналогичным проблемам взрослых, такие как специфические фобии, социальная фобия и генерализованное тревожное расстройство, а также уникальную детскую схему нарушений — расстройство в связи с разлукой, которое характеризуется исключительной тревогой, часто даже паникой, испытываемой ребенком, когда он разлучается с родителями. Депрессию испытывают 2% всех детей и молодых людей до 17 лет и 7% тинэйджеров (старше 10 лет).

Расстройства, выражающиеся в разрушительном поведении. Дети, страдающие расстройствами, выражающимися в разрушительном поведении, намного серьезнее, чем это обычно бывает у детей, нарушают общепринятые нормы и ведут себя очень агрессивно. Оппозиционно-вызывающее расстройство выражается в том, что ребенок постоянно спорит со взрослыми, устраивает скандалы и испытывает сильное чувство обиды и гнева. Дети с расстройством поведения демонстрируют более серьезную разрушительную схему, нарушая основные права других людей. Они часто совершают насильственные и жестокие поступки, могут лгать, воровать и убегать из дома. Расстройство поведения часто связывают с неблагоприятными условиями в семье, поэтому при лечении широко применяются подходы, имеющие дело со всей семьей. Кроме того, используются превентивные программы, начинающие работу с детьми в самом раннем детстве.

Расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью (ADHD, гиперкинетическое расстройство). Этим расстройством страдают 5% школьников, по большей части мальчики. Они с трудом могут концентрировать внимание на задаче или проявляют гиперактивность, или демонстрируют оба эти признака. В настоящее время данное расстройство рассматривается как вызываемое несколькими совместно действующими причинами. Стимулирующие препараты, такие как «Риталин», и поведенческие методы часто приносят успех при лечении.

Расстройства выделительных функций. Дети, страдающие расстройствами функций выделения: энурезом и энкопрезом, — неоднократно мочатся или выделяют кал в неподходящие места. Склонность к этим расстройствам значительно уменьшается, когда дети становятся старше. В возникновение расстройств могут вносить вклад разнообразные факторы, от стресса до биологических причин. Поведенческая техника, при которой используется устройство со звонком, является эффективным методом лечения энуреза. Энкопрез иногда поддается лечению с помощью поведенческого, биологического и семейного подходов.

<Вопросы для размышления. Хотя в детском возрасте мальчики чаще страдают психологическими расстройствами, чем девочки, среди взрослых такими расстройствами чаще страдают женщины, чем мужчины. Некоторые ученые считают, что это смещение предрасположенностей в зависимости от возраста отражает особые виды напряжений, которые испытывают женщины в западном обществе. Какие факторы могут здесь играть роль? Могут ли быть другие объяснения такого сдвига?>

Длительные расстройства, начинающиеся в детстве.

Большинство детских расстройств, когда человек вырастает, или изменяют свою форму, или исчезают. Но есть два расстройства, которые возникают в детстве и, как правило, в неизменном виде продолжают всю жизнь: аутизм и умственная отсталость. Эти расстройства стали предметом множества научных исследований. Кроме того, клиницисты разработали широкий спектр терапевтических методов, способных значительно изменить жизнь людей с такими проблемами.

Аутизм.

Маленький мальчик по имени Марк демонстрирует типичную картину аутизма. *Обращаясь к прошлому, Сьюзан, мать Марка, напоминает некоторые вещи, которые уже тогда казались ей странными. Например, она вспоминает, что... когда она подходила к нему, Марк, казалось, никогда не предчувствовал, что его возьмут на руки. Кроме того, несмотря на его привязанность к соске (младенец выражал недовольство, если ее клали не на место), он проявлял мало интереса к игрушкам. Он редко указывал на что-нибудь и, казалось, не обращал внимания на звуки... Большую часть времени Марк проводил, ритмично постукивая по планкам кровати, и казался глубоко погруженным в свой собственный мир.*

Когда Марку исполнилось два года, его поведение стало серьезно беспокоить родителей... Марк, рассказывают они, обычно всегда «смотрел сквозь» человека или за его спину, но очень редко прямо на человека. Он мог произносить несколько слов, но не похоже было, чтобы он понимал человеческую речь. Фактически, он не реагировал даже на собственное имя. Все свое время Марк тратил на исследование знакомых предметов, которые он крутил и вертел в руках, держа их прямо перед своими глазами. Особенную озабоченность родителям внушали странные движения Марка: он мог внезапно прыгнуть, начать размахивать руками или тискать и крутить руками свои пальцы, корчил самые странные гримасы, особенно когда был взволнован, — а также то, что Роберт (отец мальчика) описывал как ригидность Марка. Марк любил укладывать предметы ровными рядами и громко кричал, когда этот порядок нарушали. Он настойчиво требовал, чтобы все вещи оставались на своих местах, и очень расстраивался всякий раз, когда Сьюзан предпринимала попытку переставить по-новому мебель в гостиной...

После пяти лет состояние Марка начало медленно улучшаться... (Wing, 1976).

Поведение Марка соответствует признакам аутистического расстройства (autistic disorder), также называемого аутизм или синдром Каннера, которое впервые было описано американским психиатром Лео Каннером (Leo Kanner) в 1943 году. Дети, страдающие этим расстройством, очень слабо реагируют на других людей, плохо усваивают навыки, необходимые для общения, совершают ритмичные повторяющиеся движения и ведут себя очень ригидно (см. список DSM-IV в Приложении). Симптомы расстройства проявляются в очень раннем возрасте, до 3 лет. Некоторые другие расстройства похожи на аутизм, однако каждое из них отличается либо набором симптомов, либо временем возникновения. Если придерживаться точных определений, то все эти расстройства следует отнести к категории первазивных (обширных) расстройств развития (pervasive development disorders), но большинство клиницистов обозначают их как «аутизм», и мы будем делать так же.

Аутистическое расстройство — длительное расстройство, которое характеризуется

крайне ограниченной способностью реагировать на других людей, слабыми навыками общения, а также повторяющимся и ригидным поведением. Также известно под названием аутизм.

Аутизмом заболевают только 4 или 5 из каждых 10 000 детей (Harris, 1995; APA, 1994). Приблизительно 80% из них — мальчики. Двое из трех страдающих аутизмом детей остаются очень ограниченными в своих действиях и тогда, когда становятся взрослыми, и не способны вести самостоятельную жизнь (APA, 1994).

Клиническая картина аутизма

Ключевым признаком аутизма является отсутствие реакции, включая крайнюю отчужденность и отсутствие интереса к другим людям (Volkmar et al., 1993). В младенческом возрасте такие дети, как и Марк, не тянутся к родителям, когда те подходят, и многие проявляют недовольство, когда их берут на руки. Часто они не способны узнавать других людей или общаться с ними.

<«97X. Бам. Будущее рок-н-ролла... 97X. Бам. Будущее рок-н-ролла... 97X. Бам. Будущее рок-н-ролла... 97X. Бам. Будущее рок-н-ролла...» — Раймонд Бэббит, «Человек дождя», 1988 (эхолалическое повторение услышанной по радио рекламной фразы)> Проблемы, связанные с языком и общением, при аутизме могут принимать различные формы. Приблизительно половина детей, страдающих этим расстройством, не может научиться говорить или развить нормальные языковые навыки (Dawson & Castelleo, 1992; Rutter, 1966). Те же, кто научается говорить, могут проявлять определенные странности в своей речи. Одна из наиболее распространенных речевых проблем у таких людей — эхолалия, или точное многократное повторение, подобно эху, фраз, сказанных другими. Человек повторяет услышанные слова с тем же выражением, но без всякого понимания их смысла. Некоторые повторяют какое-нибудь предложение даже через несколько дней после того, как они его слышали. Люди, страдающие аутизмом, также могут демонстрировать другие странности речи, такие как инверсия местоимений или неправильное употребление местоимений — использование «ты» вместо «я». Когда Марк был голоден, он обычно говорил: «Ты хочешь обедать?». Кроме того, такие люди могут испытывать трудности с названиями предметов, с использованием абстрактных понятий, им может быть сложно взять верный тон, говорить спонтанно или понимать речь других.

Для аутизма также характерны ограниченность воображения, повторяющиеся действия и ригидное поведение. Дети, страдающие аутизмом, не способны спонтанно вносить изменения в свою игру или играть вместе с другими. Обычно малейшее изменение в окружающих предметах, людях, их повседневной жизни или их повторяющихся действиях заставляют их сильно нервничать. Марк, например, располагал предметы ровными рядами и громко кричал, когда их сдвигали с места. Точно так же дети, больные аутизмом, могут реагировать вспышками недовольства на то, что один из родителей надел новые очки, или на то, что стул в комнате переставили в другое место, или на изменившееся слово в песне. Каннер (Kanner, 1943) определил такую реакцию как настойчивое требование единообразия (perseveration of sameness). Другой похожий симптом выражается в том, что многие больные сильно привязываются к определенным предметам: пластмассовым крышкам, резинкам или пуговицам. Они могут коллекционировать эти предметы, носить их с собой или постоянно играть с ними. Некоторые зачарованы движением и могут часами смотреть на вращающиеся предметы, такие как вентилятор. Моторные реакции у людей с этим расстройством тоже могут быть необычными. Марк мог неожиданно прыгнуть, хлопал руками, крутил свои пальцы и корчил гримасы, — эти действия называются также самостимулирующим поведением (self-stimulatory behaviors). Для некоторых характерны также самоповреждающие действия (self-injurious behaviors), они, например, ритмично колотят головой об стену, дергают себя за волосы или кусают части своего тела.

Такие виды поведения служат доказательством того, что структура реакций на воспринимаемые стимулы у человека чрезвычайно нарушена и противоречива (Wing, 1976; Wing & Wing, 1971). В некоторых случаях создается впечатление, что окружающие картины и звуки оказывают на человека чересчур стимулирующее воздействие, и он пытается заблокировать их, в то время как в других случаях он испытывает недостаток стимуляции и поэтому предпринимает самостимулирующие действия. Больные могут, например, совсем не реагировать на громкие звуки, но тут же оборачиваться на шипение газированной воды. Точно так же они могут не замечать, что находятся в чрезвычайно опасном положении на краю возвышенной площадки, но немедленно определить, что какой-нибудь маленький предмет в их

комнате перенесен на другое место.

Объяснения аутизма

Для объяснения аутизма предлагались различные гипотезы. Он является одним из тех расстройств, для которых социокультурному объяснению когда-то, возможно, придавали слишком большое значение, что повело исследователей по неверному пути. Последние работы в области психологии и биологии заставили клиницистов в качестве основных причин аутизма выделить когнитивные ограничения и аномалии головного мозга.

Социокультурная точка зрения. Первое время ученые думали, что главными причинами аутизма являются неблагоприятные условия в семье и социальный стресс. Например, когда Лео Каннер (1946, 1954) впервые идентифицировал это расстройство, он доказывал, что определенные свойства личности родителей создают неблагоприятный климат для развития ребенка и способствуют возникновению болезни. Такие родители, согласно его описанию, — это очень интеллектуальные, но холодные люди, «родители-холодильники». Эти утверждения имели чрезвычайно большое влияние на общественное мнение и на мнение самих родителей о себе, однако позднейшие исследования не дали никаких подтверждений того, что родители таких детей обязательно являются жесткими, холодными, пренебрегающими своими обязанностями или страдающими нарушениями психики (Roazen, 1992).

Аналогично, некоторые другие клиницисты предполагали, что высокий уровень социального и связанного с окружающими условиями стресса может быть одной из причин аутизма. Однако исследования не подтверждают и эту гипотезу. Ученые, сравнивавшие детей, больных аутизмом, с детьми, не страдающими этим расстройством, не обнаружили никаких различий в частоте таких событий, как смерть родителей, или их развод, или финансовые проблемы в семье, а также в уровне стимуляции со стороны окружающей среды (Cox et al., 1975).

Психологическая точка зрения. По мнению некоторых ученых, у людей, страдающих аутизмом, имеются врожденные перцептивные или когнитивные нарушения, что делает для них невозможным нормальное общение и взаимодействие с другими. Одно из широко известных объяснений состоит в том, что люди с этим расстройством не могут выработать для себя теорию разума (theory of mind), то есть понимание того, что другие люди строят свое поведение на основе своих собственных убеждений, намерений или других психических процессов, а не на информации, которую они не могут знать (Harpe, 1997; Leslie, 1997).

Теория разума — понимание человеком того, что другие люди строят свое поведение на основе своих собственных убеждений, намерений или других психических процессов, а не на информации, которую они не могут знать.

К трем или пяти годам большинство детей способны принимать во внимание точку зрения другого человека и понимают, что, учитывая эту точку зрения, можно предсказать, что человек будет делать. В некотором смысле они учатся читать мысли других людей. Пусть, например, мы видели, как Джессика положила мячик в ящик для игрушек, а затем мы наблюдаем, как Фрэнк уносит его в соседнюю комнату, пока Джессика спит. Мы знаем, что Джессика, когда проснется, будет искать свой мячик в ящике для игрушек, потому что она не знает, что Фрэнк унес его. Мы знаем это, поскольку принимаем во внимание точку зрения Джессики. Нормальный ребенок точно так же сможет предсказать поведение Джессики. Однако человек, больной аутизмом, этого сделать не сможет. Такой человек будет ожидать, что Джессика пойдет за своим мячиком в соседнюю комнату, потому что сейчас мячик находится там. То, что происходит в голове Джессики, для такого человека не имеет значения.

<Общение с животными. Дети, страдающие аутизмом, часто не реагируют на других людей. Тем не менее многие из них способны тепло и по-дружески взаимодействовать с животными. Регулярное общение с этим дельфином, включающее прикосновения и поглаживания, помогает больному подростку преодолеть аутистический страх перед прикосновениями и вести себя более спонтанно.>

Многочисленные исследования показывают, что больные аутизмом действительно страдают такого рода «умственной слепотой». Поэтому им очень сложно принимать участие в ролевых играх, эффективно взаимодействовать с другими людьми, использовать средства языка, подразумевающие учет точки зрения других людей, и строить взаимоотношения с ними. Отчего больные аутизмом испытывают такие когнитивные ограничения? Некоторые ученые полагают, что это происходит из-за нарушений биологического характера в раннем детстве, которые делают человека не

способным выработать теорию разума (Leslie, 1997; Frith, Morton & Leslie, 1991).

Биологическая точка зрения. Многие годы исследователи стараются определить, какие биологические аномалии могут быть причиной неспособности выработать теорию разума или всей совокупности симптомов аутизма. Четкого биологического объяснения пока еще не найдено, но существует несколько многообещающих гипотез. Во-первых, обследования родственников людей, больных аутизмом, позволяют предполагать некоторую роль генетического фактора в развитии этого расстройства. Например, у братьев и сестер тех, кто страдает аутизмом, болезнь развивается в 6-8 случаях из 100 (Piven et al., 1997), в 200 раз чаще, чем в среднем у всех людей. И более того, выяснилось, что однояйцевые близнецы больных аутизмом подвергаются наибольшему риску. Кроме этого, у 10-12% людей, страдающих этим расстройством, обнаруживаются хромосомные аномалии (Sudhalter et al., 1990).

Некоторые работы связывают аутизм также с осложнениями во время беременности или при рождении ребенка (Rimland, 1992; Goodman, 1990). Вероятность развития аутизма у ребенка повышается, если мать во время беременности болела краснухой, до или во время беременности имела дело с токсическими химическими веществами или испытывала осложнения при родах.

И, наконец, ученые выделили ряд специфических биологических аномалий, которые могут вносить свой вклад в развитие аутизма. В некоторых работах, например, особое внимание обращено на мозжечок (Courchesne, 1997; Courchesne & Courchesne, 1997). Результаты сканирования мозга и вскрытий показывают, что у людей, больных аутизмом, еще в раннем детстве возникают аномалии в этой части головного мозга. Ученым давно известно, что мозжечок отвечает за координацию движений тела, теперь же они предполагают, что он также помогает человеку быстро направлять свое внимание на какой-либо объект. Возможно, что людям, у которых мозжечок развивается аномально, по этой причине очень сложно направленно фокусировать свое внимание, понимать словесные намеки или мимику других людей и воспринимать социальную информацию, что является ключевыми признаками аутизма.

Мозжечок — часть головного мозга, отвечающая за координацию движений тела и, возможно, помогающая человеку быстро направлять внимание на различные объекты. Многие исследователи считают, что аутизм может на самом деле иметь несколько биологических причин (Gillberg, 1992). Возможно, что действие всех существенных в данном случае биологических факторов (генетических факторов, осложнений во время беременности, родов и после рождения) в конце концов сливается в одно русло — приводит к определенным общим нарушениям в работе головного мозга, таким как неправильное функционирование нейротрансмиттеров, результатом чего являются когнитивные проблемы и другие признаки данного расстройства (Martineau et al, 1992; Yuwiler et al, 1992).

Крупным планом

Особый вид таланта

Большинство людей знакомы с синдромом савана (savant syndrome) благодаря образу молодого человека, больного аутизмом, созданному Дастином Хоффманом в фильме «Человек дождя» (справа внизу — кадр из этого фильма). Исключительные способности героя Хоффмана — подсчет 246 зубочисток в тот самый момент, как они рассыпались по полу, запоминание страниц телефонной книги, мгновенное выполнение в уме арифметических действий — соответствуют существующим на самом деле поразительным талантам реальных людей, которые в других областях ограничены по причине аутизма или умственной отсталости.

Саван (по-французски — «знающий») — это человек, страдающий серьезным психическим расстройством или нарушениями интеллекта, но обладающий при этом какой-нибудь эффектной способностью, демонстрирующий блестящий ум в какой-нибудь отдельной области. Часто эта способность становится заметной лишь на фоне ограниченности данного человека во всех остальных областях, но иногда такие способности бывают действительно исключительными (Treffert, 1989).

Распространенное умение саванов — календарный подсчет, способность быстро вычислить, на какой день недели придется определенная дата, например, первое января 2050 года (Spitz, 1994). Часто такие люди могут без единой ошибки сыграть по памяти фрагмент классического музыкального произведения, который они слышали только один раз. Другие могут в точности повторить фразы, слышанные ими много лет назад.

Некоторые ученые считают, что умения саванов действительно представляют собой

особые виды мыслительной работы. Другие предполагают, что эти умения являются просто обратной, положительной стороной определенной ограниченности мышления. Например, исключительные способности в области запоминания могут происходить оттого, что сфера внимания человека очень узка и любое простое занятие слишком поглощает его, что часто наблюдается при аутизме.

<Вопросы для размышления. Почему люди так заворожены синдромом савана, и не может ли быть так, что их увлеченность заставляет их идеализировать это явление? Какие скрытые напоминания о равенстве всех людей или какие обнадеживающие послания можно извлечь из наблюдений за деятельностью саванов?

>

Терапия при аутизме

Терапия может помочь людям, больным аутизмом, лучше адаптироваться к их окружающей среде, хотя ни один из известных сегодня терапевтических методов не приводит к полному излечению. Определенную пользу приносят поведенческая терапия, тренинг навыков коммуникации (communication training), обучение родителей и интеграция в общество. Кроме того, психотропные лекарства и некоторые витамины в сочетании с другими методами воздействия тоже иногда способствуют улучшению состояния больных (Cook et al., 1992; Rimland, 1992, 1988).

Поведенческая терапия. Поведенческие (бихевиоральные) техники применяются для социализации больных аутизмом уже более 30 лет. Используя эти методы, больных обучают новым, способствующим их адаптации видам поведения, включая речь, социальные навыки, навыки учения и самообслуживания, и одновременно понижают склонность к негативным, дисфункциональным видам поведения. Чаще всего при терапии используются приемы моделирования поведения и оперантного обусловливания. При моделировании терапевт демонстрирует образец желательного поведения и помогает больному научиться повторять эти действия. При оперантном обусловливании терапевт использует вознаграждения для закрепления этих образцов поведения. Желательное поведение можно выстроить по шаблону — разбить на части и выучивать шаг за шагом, — и подкрепление всегда должно быть очень четким и последовательным (Lovaas, 1987; Harris & Milch, 1981). При условии тщательного планирования и исполнения такие процедуры часто приводят к формированию нового вида поведения.

В ходе одного из длительных экспериментов ученые сравнивали прогресс в двух группах больных аутизмом детей (McEachin et al., 1993; Lovaas, 1987). Девятнадцать детей подвергались усиленному лечению методами поведенческой терапии, еще девятнадцать составляли контрольную группу. Курс лечения начинался в возрасте 3 лет и продолжался до 7 лет. К 7 годам дети из группы поведенческой терапии лучше справлялись с учебой в школе и при тестировании демонстрировали более высокий уровень интеллекта, чем дети из контрольной группы. Многие из них поступили в обычную школу. И позднее, в подростковом возрасте, дети, прошедшие курс поведенческой терапии, демонстрировали более высокий уровень развития. С учетом этих открытий многие клиницисты сегодня рассматривают ранние бихевиоральные программы как наиболее предпочтительный способ лечения при аутизме (Sneinkopf & Siegel, 1998; Harris, 1995).

Терапевтические методы, предназначенные для адаптации больных аутизмом, особенно поведенческие техники, лучше всего применять в школе, пока человек еще не вырос. Дети посещают специальные классы, часто в специальной школе, где образование сочетается с терапией. Специально подготовленные учителя помогают детям развить необходимые навыки, виды поведения и способы взаимодействия с миром. Некоторые клиницисты считают, что наиболее способные из числа страдающих этим расстройством детей должны хотя бы часть времени проводить в обычных классах, развивая свои социальные и академические навыки в нормальной среде, вместе с нормальными детьми (Simpson & Sasso, 1992; Tomcheck et al., 1992).

<Вопросы для размышления. Чтобы уменьшить склонность больных аутизмом детей к самоповреждающим действиям, врачи иногда применяют наказания. Ребенку могут брызгать в лицо водой, его могут щипать или, в исключительных случаях, ударять, если он начинает действовать так, что может повредить себе. Должно ли самоповреждающее поведение достигнуть определенного уровня серьезности, прежде чем применение наказаний становится возможным? Кто, по вашему мнению, может делать заключения относительно целесообразности применения наказания в данном конкретном случае?>

Тренировка коммуникативных навыков. Несмотря на интенсивную

бихевиоральную терапию, приблизительно половина больных аутизмом не могут научиться говорить. Поэтому врачи обучают своих пациентов также и другим способам общения, включая язык знаков и синхронное общение (simultaneous communication), сочетающее в себе знаковую и словесную речь. Используются также огментативные (расширительные) коммуникативные системы (augmentative communication systems), специальные доски с картинками или компьютеры, представляющие предметы или потребности с помощью картинок, символов или написанных слов. Ребенок, например, может показать на картинку с вилкой, сообщая этим: «Я хочу есть», — или показать на радиоприемник, чтобы сообщить: «Я хочу послушать музыку».

<Обучение речи. Бихевиористы добиваются значительного успеха в обучении речи многих детей, страдающих аутизмом. Терапевт систематически демонстрирует образец положения рта и правильного произношения определенных звуков и затем вознаграждает ребенка за точное повторение.>

Огментативная коммуникативная система — метод обучения навыкам коммуникации людей, страдающих аутизмом, умственной отсталостью или церебральным параличом, при котором их учат показывать на картинки, символы, буквы или слова на коммуникационной доске или на экране компьютера.

Обучение родителей. Современные терапевтические программы включают в себя разнообразные формы работы с родителями. Например, бихевиоральные программы часто предусматривают обучение родителей методам поведенческой терапии, чтобы они могли применять эти техники дома (Ozonoff & Catchart, 1998; Steinkopf & Siegel, 1998). Все более доступными для родителей аутистических детей становятся индивидуальная терапия и группы поддержки, которые помогают родителям лучше справляться со своими чувствами и обстоятельствами своей жизни. Кроме того, в настоящее время существуют ассоциации и политические организации родителей, предоставляющие эмоциональную поддержку и практическую помощь.

Интеграция в общество. Множество современных программ, работающих в школе и дома, направлены на обучение детей в как можно более раннем возрасте навыкам самообслуживания и самоорганизации, социальным, практическим и рабочим навыкам, с тем чтобы люди, больные аутизмом, стали более способными жить и функционировать в обществе (Koegel et al., 1992; Stahmer & Schreibman, 1992). Кроме того, все большее распространение приобретают групповые дома и лечебно-трудовые мастерские для подростков и молодых людей, страдающих аутизмом (Van Bourgondien & Shopler, 1990). Эти и другие подобные программы помогают больным людям интегрироваться в общество и вместе с тем уменьшают тревогу стареющих родителей, чьи дети продолжают нуждаться в опеке (Pfeiffer & Nelson, 1992).

Умственная отсталость.

Эд Мерфи, 26 лет, может поведать нам о том, что значит — жить с диагнозом «умственная отсталость».

Что такое умственная отсталость? Трудно сказать. Мне кажется, это когда человеку трудно думать. Некоторые люди думают, что можно сказать про человека, что он умственно отсталый, просто посмотрев на него. Если вы так думаете, то вы не сомневаетесь и не даете людям шанса. Вы судите о человеке по тому, как он выглядит, или по тому, как он говорит, или по тому, что показывают тесты, но никогда не сможете по-настоящему понять, что у человека внутри (Bogdan & Taylor, 1976, p. 51).

Большую часть своей жизни Эд прожил с клеймом умственно отсталого, обучался и воспитывался в специальных учреждениях. Когда он стал взрослым, врачи обнаружили, что интеллект Эда на самом деле выше, чем предполагалось ранее. Тем не менее все детство и юность Эд носил на себе печать умственно отсталого человека, и его заявление раскрывает типичные трудности, с которыми обычно встречаются люди, страдающие этим расстройством.

<Направляющая рука?> Во время «облегчающей коммуникации» (facilitated communications) — это одна из новейших огментативных (расширительных) коммуникативных систем — помощник аккуратно поддерживает руку больного аутизмом человека, в то время как тот указывает на буквы на алфавитной доске или нажимает на клавиши компьютера. Однако недавно проведенные исследования говорят о том, что во многих случаях помощник намеренно влияет на выбор букв человеком, что ставит под вопрос коммуникационную ценность этого метода.>

Термин умственная отсталость традиционно относят к очень широкому кругу людей, включая детей в специальных учреждениях, которые все свое время проводят, сидя на

кровати и раскачиваясь из стороны в сторону, молодых людей, работающих в лечебно-трудовых мастерских, а также мужчин и женщин, способных самостоятельно содержать свою семью, занимаясь простой работой, не требующей особых навыков (APA, 1994). Около трех пятых из них — мужчины, и у подавляющего большинства умственная отсталость квалифицируется как легкая. Согласно справочнику DSM-IV, диагноз умственная отсталость ставится человеку, если он демонстрирует общие интеллектуальные способности намного ниже среднего уровня в сочетании с плохо развитыми адаптационными навыками (см. список DSM-IV в Приложении). Это значит, что кроме низкого коэффициента интеллекта (равного 70 единицам или ниже) человек с умственной отсталостью должен иметь явные трудности в таких сферах, как общение с другими людьми, семейные отношения, самоуправление, работа и забота о собственной безопасности (APA, 1994). Также требуется, чтобы эти симптомы начали проявляться до 18 лет. Хотя эти перечисленные в DSM-IV критерии кажутся ясными и отчетливыми, на самом деле применить их часто бывает довольно сложно.

Умственная отсталость — расстройство, при котором человек проявляет общие интеллектуальные способности и способность к адаптации намного ниже среднего уровня.

Интеллект

Специалисты в области медицины и образования для измерения интеллектуальных способностей применяют тесты на интеллект (см. главу 3). Эти тесты состоят из серий вопросов или заданий, затрагивающих различные аспекты функционирования интеллекта, такие как знания, способность к аргументации и вынесению суждений. Количество очков, набранных человеком по этим тестам, или коэффициент интеллекта (intelligence quotient, IQ), теоретически отражают общие интеллектуальные способности этого человека.

Коэффициент интеллекта (IQ) — количество очков, набранное при тестировании на уровень интеллекта, теоретически отражающее общий уровень интеллектуальных способностей человека.

Многие ученые сомневаются, действительно ли тесты на коэффициент интеллекта являются надежными. Измеряют ли они на самом деле то, что должны измерять? Корреляция между коэффициентом интеллекта и школьной успеваемостью равна примерно 0,5. Такая достаточно высокая корреляция показывает, что многие дети с низким коэффициентом интеллекта, как и можно было ожидать, хуже успевают в школе, тогда как те, у кого коэффициент интеллекта выше, успевают лучше (Brody, 1997; Neisser et al., 1996). В то же самое время такая степень корреляции предполагает, что данная взаимосвязь далеко не идеальна. То есть школьные успехи конкретного ребенка часто оказываются либо выше, либо ниже, чем можно предсказать на основе тестов, измеряющих интеллект. Корреляция между коэффициентом интеллекта и достижениями в производственной деятельности или социальной эффективностью, где также могут требоваться интеллектуальные способности, еще ниже (Neisser et al., 1996; Anastasi, 1982).

Кроме того, тесты на интеллект могут оказаться небеспристрастными с социокультурной точки зрения, о чем мы уже говорили в главе 3 (Suzuki & Valencia, 1997; Helms, 1992). Дети, выросшие в семьях, принадлежащих к среднему и высшему социально-экономическим классам, в тестовой ситуации обычно имеют преимущество, так как они регулярно встречаются в своей жизни со словарными понятиями, задачами и проблемами, на которых построены тесты. Тесты на интеллект редко учитывают «здравый смысл улицы», необходимый людям, живущим в бедных районах с высокой преступностью, — нечто вроде «ноу-хау», для усвоения которого, несомненно, требуются интеллектуальные способности. Точно так же люди из культурных меньшинств или те, для кого английский является вторым языком, оказываются в невыгодном положении при прохождении данных тестов.

<«Тест на коэффициент интеллекта был разработан для того, чтобы предсказать академическую успеваемость, и не более того. Если мы хотим, чтобы у нас было нечто, позволяющее предсказать жизненный успех, то мы должны разработать совершенно иной тест». — Роберт Зайонц (Robert Zajonc), психолог, 1984>

Если тесты на интеллект не всегда способны измерить уровень интеллекта точно и объективно, то и диагноз «умственная отсталость» также может иногда ставиться пристрастно (Wilson, 1992; Heflinger, Cook & Thackrey, 1997). Это значит, что некоторые люди могут получить такой диагноз отчасти из-за культурных различий, дискомфорта в непривычной для них ситуации или предрассудков лица, выполняющего тестирование.

Адаптивные функции

При диагностике умственной отсталости врачи не имеют права делать такой вывод только на основании коэффициента интеллекта, не превышающего 70. Некоторые люди с низким коэффициентом интеллекта вполне способны управлять своей жизнью и функционировать независимо, тогда как другие этого не могут. Случаи Брайана и Джеффри демонстрируют нам возможный спектр адаптивных способностей.

<Взять хороший старт. Проведенные эксперименты доказывают, что показания тестов на интеллект и школьная успеваемость у детей из бедных семей может быть улучшена, если с раннего детства социальные программы, такие как программа «Хороший старт», помогают обогатить их окружающую среду и расширить их кругозор, тем самым уменьшая пагубное влияние социального окружения на коэффициент интеллекта и интеллектуальные достижения.>

Брайан происходит из семьи с низким доходом. Дома и в своей общественной группе он всегда ведет себя адекватно. Он самостоятельно одевается и ест и даже сам заботится о себе каждый день в то время, когда его мать уходит на работу. Он играет со своими друзьями как нормальный ребенок. Однако в школе Брайан отказывается принимать участие в работе класса и не делает домашних заданий. В классе он производит впечатление неумелого и неспособного, иногда сидит с совершенно отсутствующим видом. Учитель направил его к школьному психологу, и при тестировании на коэффициент интеллекта Брайан набрал 60 баллов.

Джеффри происходит из семьи, принадлежащей к верхушке среднего класса. Он всегда развивался медленно, поздно начал сидеть, стоять и говорить. В младенческом возрасте и в раннем детстве с ним занимались по специальной стимулирующей программе, и дома он всегда пользовался исключительным вниманием и поддержкой. Тем не менее Джеффри до сих пор не может хорошо одеваться самостоятельно, его нельзя оставить одного во дворе, потому что он может поранить себя или уйти бродить на улицу и потеряться. Учеба в школе дается ему с большим трудом. Учителю приходится говорить медленно и отдельно объяснять ему задания. При тестировании на коэффициент интеллекта в возрасте 6 лет Джеффри набрал 60 баллов.

Брайан кажется хорошо адаптированным к своей социальной среде вне школы. Но ограниченность Джеффри простирается дальше. Кроме того, что у него низкий коэффициент интеллекта, Джеффри испытывает трудности при выполнении обычных задач как дома, так и в других местах. Таким образом, диагноз «умственная отсталость» будет более уместным в случае Джеффри, чем в случае Брайана.

Для оценки адаптивного поведения было разработано несколько шкал (Leland, 1991; Britton & Eaves, 1986). Но и здесь некоторые люди в своей обыденной жизни функционируют лучше, чем можно предположить на основе тестирования, тогда как другие не проявляют ожидаемых способностей. Поэтому врачи обязаны тщательно наблюдать каждого человека в его повседневной жизни, принимая во внимание как его происхождение, так и стандарты его социального окружения. Тем не менее их суждения могут оказаться субъективными, и врачи не всегда хорошо знакомы со стандартами конкретной культурной или социальной среды.

Характеристики умственной отсталости

Наиболее стойким признаком умственной отсталости является то, что человек очень медленно обучается (Kail, 1992; Hale & Borkowski, 1991). Другие сферы, которые могут быть затронуты этим расстройством, — внимание, кратковременная память и языковые способности (Chamberlain, 1985; Yabe et al., 1985). Те, кого помещают в специальные учреждения для умственно отсталых, особенно отчетливо проявляют эти ограничения. Возможно, что подавляющая когнитивную активность среда и сведенное к минимуму общение больных с персоналом играет здесь свою роль.

В справочнике DSM-IV выделено четыре уровня умственной отсталости: легкая (mild) (коэффициент интеллекта от 50 до 70), средняя (moderate) (коэффициент интеллекта от 35 до 49), тяжелая (severe) (коэффициент интеллекта от 20 до 34) и глубокая (profound) (коэффициент интеллекта ниже 20) умственная отсталость. Американская ассоциация умственной отсталости предпочитает использовать для своих нужд другую классификацию видов умственной отсталости, построенную на основе того, в какой степени человек способен вести независимую жизнь, и выделяющую следующие категории: перемежающуюся (intermittent), ограниченную (limited), обширную (extensive) и проникающую (pervasive) умственную отсталость.

Легкая умственная отсталость

Примерно 85% всех умственно отсталых людей относятся к категории страдающих легкой умственной отсталостью (коэффициент интеллекта от 50 до 70) (APA, 1994). Их

иногда называют «умственно отсталыми, способными к обучению» (educably retarded), поскольку им доступен некоторый уровень образования, и взрослыми они способны вести самостоятельную жизнь (АРА, 1994). Между тем в периоды стресса они, как правило, нуждаются в помощи. Они заняты на работах, требующих сравнительно небольших или средних профессиональных навыков. Слабая умственная отсталость обычно остается незаметной до тех пор, пока ребенок не начинает ходить в школу и его способности не подвергаются оценке со стороны школьных педагогов. Интересно, что интеллектуальная производительность лиц, принадлежащих к этой категории, часто, по-видимому, повышается с возрастом; некоторые даже как будто перестают быть умственно отсталыми после окончания школы, и многие из таких людей продолжают вести нормальную жизнь в своей социальной среде.

Легкая умственная отсталость — степень умственной отсталости (коэффициент интеллекта от 50 до 70), при которой человек ограниченно способен к обучению и когда становится взрослым, может вести самостоятельную жизнь.

Ученые связывают легкую умственную отсталость в основном с социокультурными и психологическими факторами, особенно выделяя бедную и малостимулирующую окружающую среду, не отвечающую требованиям развития взаимоотношения между родителями и детьми и недостаточную образовательную подготовку в раннем детстве. Эта взаимосвязь обнаруживается при исследованиях, сравнивающих детей, воспитывающихся в бедной и обогащенной среде (рис. 15.4). Иногда социальные работники посещают дома детей с низким коэффициентом интеллекта, помогая обогатить их домашнюю среду, и такое вмешательство часто положительно сказывается на способностях детей. Если такие программы продолжают действовать, они могут также улучшить последующие успехи ребенка в школе (Guralnick, 1998; McLoyd, 1998; Ramey & Ramey, 1998, 1992).

Хотя перечисленные социальные факторы, вероятно, являются главными причинами легкой умственной отсталости, некоторые биологические факторы в этом случае также могут действовать. Например, исследования подтверждают, что умеренное употребление матерью во время беременности спиртного или наркотиков, а также недостаточное питание матери во время беременности может понизить интеллектуальный потенциал ребенка (Neisser et al., 1996; Stein et al., 1992). Плохое питание ребенка также отрицательно воздействует на его интеллектуальное развитие (Brown & Pollit, 1996; Davison & Dobbing, 1996), хотя этот эффект, хотя бы отчасти, может быть устранен своевременным улучшением питания (Neisser et al., 1996; Winick, Meyer, & Harris, 1975).

Средняя, тяжелая и глубокая умственная отсталость

Примерно 10% лиц, страдающих умственной отсталостью, находятся на уровне средней умственной отсталости (коэффициент интеллекта от 35 до 49). Они могут научиться заботиться о себе и приобрести некоторые языковые навыки, многие из них могут быть заняты на работах, требующих небольших или средних профессиональных навыков, обычно под наблюдением. Большинство людей со средней степенью умственной отсталости также могут успешно функционировать в своей социальной среде при условии надзора и руководства (АРА, 1994).

Средняя умственная отсталость — степень умственной отсталости (коэффициент интеллекта от 35 до 49), при которой человек ограниченно способен научиться заботиться о себе и овладеть речью.

Приблизительно 4% умственно отсталых людей относятся к категории страдающих тяжелой умственной отсталостью (коэффициент интеллекта от 20 до 34). Им обычно требуется тщательный надзор, при интенсивных занятиях они способны усвоить некоторые языковые навыки и могут выполнять только простейшие задачи в хорошо структурированных условиях и под обязательным наблюдением. Их понятливость в сфере общения обычно превосходит их речевые способности. Большинство из них вполне могут поддерживать отношения с другими людьми, если они живут в групповых домах, специализированных учреждениях или вместе со своими семьями (АРА, 1994). Тяжелая и глубокая умственная отсталость часто является частью более общего заболевания и сочетается с серьезными физическими недостатками. Во многих случаях эти физические проблемы ограничивают человека даже больше, чем низкий уровень его интеллекта.

Тяжелая умственная отсталость — степень умственной отсталости (коэффициент интеллекта от 20 до 34), при которой человек нуждается в тщательном контроле и руководстве и может выполнять только простые работы в хорошо структурированной обстановке и под наблюдением.

Около 1% умственно отсталых людей страдают глубокой умственной отсталостью (коэффициент интеллекта ниже 20). При условии специальной тренировки они могут выучить и развить только базовые навыки, такие как хождение, очень ограниченная речь и самостоятельное питание. Чтобы достигнуть возможного для них уровня развития, таким людям требуется очень хорошо структурированная среда, обеспечивающая постоянный надзор, помощь и руководство, а также индивидуальные взаимоотношения с тем, кто заботится о больном (АРА, 1994).

Глубокая умственная отсталость — степень умственной отсталости (коэффициент интеллекта ниже 20), при которой человеку требуется очень хорошо структурированная окружающая среда, постоянный контроль, помощь и руководство.

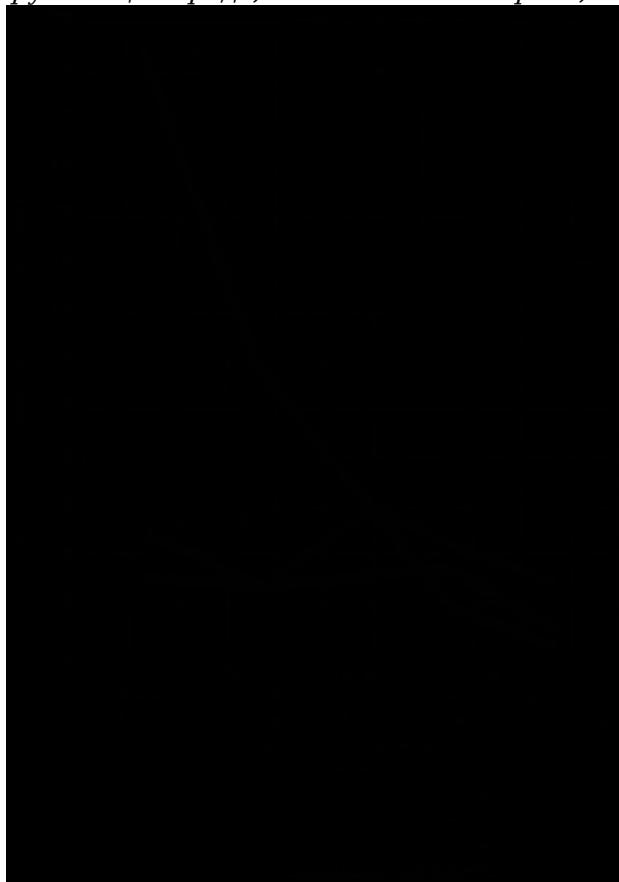


Рисунок 15.4. Умственная отсталость и социально-экономическое положение. Легкая форма умственной отсталости намного чаще встречается в низших социоэкономических классах. Однако более серьезные виды умственной отсталости, приводящие к большему ухудшению функционирования, распределяются равномернее. (Porper, 1988; Birch et al., 1970.)

В основном причины средней, тяжелой и глубокой умственной отсталости относятся к области биологии, хотя люди с таким уровнем умственных способностей также очень подвержены влиянию своего семейного и социального окружения (Bruce et al., 1996). Иногда в появление биологически обусловленных расстройств вносят вклад генетические факторы, которые становятся причиной хромосомных или метаболических нарушений. В настоящее время ученые нашли 1000 возможных генетических причин умственной отсталости, хотя пока еще очень немногие из этих причин подвергались тщательному исследованию (Azar, 1995). Другие биологические причины этих видов умственной отсталости — это неблагоприятные условия во время внутриутробного периода, при рождении или в раннем детстве.

Хромосомные аномалии. Наиболее распространенное хромосомное нарушение, приводящее к умственной отсталости, — это синдром Дауна, названный так по имени британского врача Лэнгдона Дауна, впервые описавшего эту болезнь. Менее 1 из 1000 детей рождается с синдромом Дауна, но если матери больше 35 лет, то вероятность такого исхода значительно увеличивается. Сегодня будущих матерей старшего возраста часто просят пройти амниоцентез (исследование амниотической жидкости, окружающей плод) на четвертом месяце беременности, чтобы можно было распознать развивающийся синдром Дауна или другие хромосомные аномалии.

Синдром Дауна — форма умственной отсталости, возникающая из-за аномалий в

двадцать первой хромосоме.

У людей с синдромом Дауна обычно маленькая голова, плоское лицо, косящие глаза, высокие скулы, иногда язык может высовываться изо рта. Кроме того, они с трудом выговаривают слова, и их трудно понять (Mahoney et al., 1981). Они часто очень привязаны к членам своей семьи, но в общем демонстрируют тот же диапазон личностных характеристик, что и обычные люди (Carr, 1994).

Причиной развития синдрома Дауна могут быть несколько типов хромосомных аномалий, но наиболее распространенный тип — это утроенная 21 хромосома (трисома 21 хромосомы), когда человек имеет три двадцать первых хромосомы вместо положенных двух (Pueschel & Thunline, 1991). У большинства людей, страдающих синдромом Дауна, коэффициент интеллекта колеблется от 35 до 55. У больных этой болезнью возрастные процессы протекают быстрее, и у многих признаки деменции выявляются до достижения 40 лет (Zigman et al., 1995; Carr, 1994). Ученые полагают, что синдром Дауна может сочетаться с ранней деменцией, потому что гены, ответственные за оба этих явления, расположены близко друг к другу в 21 хромосоме (Tanzi et al., 1989).

Синдром хрупкой X-хромосомы (fragile X syndrome) — второе распространенное хромосомное нарушение, являющееся причиной умственной отсталости (Zigler & Hodapp, 1991). Для детей, которые рождаются с ослабленной X-хромосомой (то есть с генетическими аномалиями в X-хромосоме), обычно характерны умственная отсталость средней или тяжелой степени, нарушения речи и в некоторых случаях поведенческие расстройства (McEvoy, 1992).

<Подняться выше. До 70-х годов XX века врачи с пессимизмом относились к возможностям развития, доступным детям с синдромом Дауна. Но сегодня в этих детях тоже видят личности, способные многому научиться и многого достигнуть в своей жизни.>

Метаболические причины. При метаболических расстройствах нарушаются процессы производства и разложения химических веществ в организме. Метаболические расстройства, влияющие на интеллект и развитие, обычно возникают из-за объединения двух дефектных рецессивных генов, по одному от каждого из родителей. Хотя один такой ген в соединении с нормальным геном не оказывает разрушающего воздействия, если он соединяется с другим дефектным геном, это приводит к появлению существенных нарушений в физиологии ребенка. Фенилкетонурия (phenylketonuria, PKU) — метаболическое расстройство, которое чаще других приводит к умственной отсталости, она поражает одного из 17 000 детей. Дети, которые рождаются с такой аномалией, при рождении кажутся нормальными, но их организм не способен разлагать аминокислоту фенилаланин (phenylalanine). Количество этого химического вещества постепенно нарастает, и затем оно преобразуется в другие вещества, отравляющие организм, что вызывает тяжелую умственную отсталость и некоторые другие симптомы. Сегодня существуют способы проверки новорожденных на наличие данного расстройства, и если до трехмесячного возраста таких детей перевести на специальную диету, они могут вырасти интеллектуально полноценными людьми.

Фенилкетонурия — метаболическое расстройство, вызванное неспособностью организма разлагать аминокислоту фенилаланин (phenylalanine), в результате чего развивается умственная отсталость и другие симптомы.

Болезнь Тай-Сакса (Tay-Sachs disease) — другое метаболическое расстройство, возникающее из-за объединения двух рецессивных генов. У детей, страдающих этой болезнью, в течение периода, продолжающегося от двух до четырех лет, наблюдается прогрессирующее ухудшение умственных способностей, зрения и моторных функций, и в конце концов они умирают. Каждый тридцатый представитель еврейской общины Восточной Европы несет в себе рецессивный ген, отвечающий за это расстройство, так что одна из каждых 900 еврейских пар подвержена риску рождения ребенка с болезнью Тай-Сакса.

Болезнь Тай-Сакса — метаболическое расстройство, которое приводит к прогрессирующему ухудшению интеллектуальных способностей, зрения, моторных функций и в конце концов к смерти.

Неблагоприятные условия во время беременности и родов. Вредные физические воздействия, которым подвергается женщина во время вынашивания плода, также могут отрицательно сказаться на способности ее будущего ребенка вести нормальную жизнь (Neisser et al., 1996; Menke et al., 1991). Например, когда в диете беременной женщины слишком мало йода, у ребенка может развиваться

кретинизм, заболевание, которое характеризуется аномалиями щитовидной железы, медленным развитием, умственной отсталостью и внешним видом, напоминающим карлика. Это расстройство сегодня встречается редко, поскольку большинство видов соли, которые употребляются в настоящее время, содержат йод. Кроме того, если у новорожденного обнаруживается это расстройство, ему можно быстро ввести вытяжку щитовидной железы и тем самым восстановить нормальное развитие.

Кретинизм — *расстройство, включающее умственную отсталость и физические аномалии, появляющиеся в результате низкого содержания йода в диете матери во время беременности.*

Другие физиологически вредные воздействия во время беременности также могут вызвать умственную отсталость у будущего ребенка. Дети, матери которых во время беременности употребляют много алкоголя, могут появиться на свет с признаками фетального (эмбрионального) алкогольного синдрома (fetal alcohol syndrome), группой серьезных расстройств, включающей в себя пониженные интеллектуальные способности (см. главу 10) (Phelps & Crabowski, 1993). На самом деле в целом безопасный уровень потребления алкоголя во время беременности в настоящее время не установлен. Кроме этой причины, некоторые инфекционные заболевания матери во время беременности, например краснуха или сифилис, могут вызвать нарушения в развитии ребенка, в том числе умственную отсталость.

Фетальный алкогольный синдром — *группа серьезных физиологических расстройств у ребенка, включающих низкие интеллектуальные способности, маленький вес при рождении и отклонения в строении рук и лица, появляющихся из-за чрезмерного употребления алкоголя матерью во время беременности.*

Неблагоприятные условия во время родов также могут привести к умственной отсталости. Например, длительное отсутствие поступления кислорода — аноксия (anoxia) во время или сразу после рождения может вызвать повреждение головного мозга и, как результат, умственную отсталость ребенка (Erickson, 1992). Также опасность существует в случае рождения недоношенного ребенка. Хотя преждевременное появление ребенка на свет не обязательно всегда приводит к длительным расстройствам здоровья, ученые обнаружили, что если вес ребенка при рождении меньше 1,8 кг, то иногда это может стать причиной его умственной отсталости (Neisser et al., 1996).

Причины, связанные с условиями раннего детства. Также и после рождения, особенно в возрасте до 6 лет, определенные травмы и несчастные случаи могут отрицательно воздействовать на интеллектуальные способности и в некоторых случаях становиться причиной умственной отсталости. Особую опасность представляют отравления, серьезные травмы головы, вызванные несчастным случаем или жестоким обращением, чрезмерное облучение рентгеновскими лучами и чрезмерное употребление определенных препаратов. Например, сильное отравление свинцом, когда ребенок съедает краску на свинцовой основе или вдыхает слишком большое количество автомобильных выхлопов, может вызвать умственную отсталость (Berney, 1993). Чрезмерные дозы радиации, отравление ртутью, нитритами или пестицидами могут привести к такому же результату. Кроме того, определенные инфекционные заболевания, такие как менингит и энцефалит, если их вовремя не идентифицировать и не провести необходимое лечение, иногда дают осложнение в виде умственной отсталости (Scola, 1991).

Реабилитация людей с умственной отсталостью

Качество жизни, доступное людям с умственной отсталостью, зависит от того, где они живут, с кем они живут, насколько они образованны и какие возможности роста существуют для них дома и в их социальной среде. Поэтому реабилитационные программы для таких людей уделяют особое внимание социокультурным моментам: созданию комфортабельной и стимулирующей среды, обеспечению социальных и экономических возможностей и организации соответствующих учебных заведений. Когда эти требования удовлетворяются, психологическая или биологическая терапия также в некоторых случаях может принести пользу.

Где лучше жить умственно отсталым людям? Вплоть до последних десятилетий родители умственно отсталых детей старались как можно скорее отправить их в специализированные общественные учреждения — государственные школы-интернаты. Эти переполненные учреждения предоставляли лишь самый необходимый и примитивный уход, больные жили в изоляции от общества, обслуживающий персонал обращался с ними равнодушно, а иногда и жестоко. В 60-е-70-е годы XX века общество начало проявлять большее внимание к условиям содержания таких больных,

и в ходе более широкого движения деинституционализации (см. главу 12) много умственно отсталых людей было выпущено из интернатов (Beyer, 1991). Множество людей встали перед необходимостью изменять свою жизнь и учиться жить в обществе без малейшего адекватного руководства. Как и деинституционализированных больных шизофренией, их буквально вышвырнули в общество, многие из них не смогли приспособиться и их пришлось опять помещать в специализированные учреждения.

Государственные школы-интернаты — специальные учреждения для содержания умственно отсталых людей, финансируемые государством.

Реформы последних десятилетий привели в США к созданию небольших интернатов, где людей учат самостоятельности, персонал посвящает больше времени заботе о пациентах, больным предоставляют необходимые медицинские услуги и дают образование. Многие из таких интернатов, а также и другие общественные учреждения для умственно отсталых людей следуют принципу нормализации, впервые провозглашенному в Дании и Швеции. Они создают людям, в них проживающим, условия, подобные тем, что существуют в обществе за стенами учреждений, включая гибкий распорядок дня, нормальную развивающую среду, самоопределение, сексуальные и социальные возможности и экономическую свободу (Baldwin, 1985). Растет количество групповых домов, маленьких филиалов больших интернатов и независимых маленьких учреждений, каждое из которых применяет принцип нормализации, обучая людей, страдающих умственной отсталостью, жить в обществе.

Нормализация — принцип, состоящий в том, что интернаты и общественные учреждения для умственно отсталых людей должны предоставлять им жизненные условия и возможности, подобные тем, что существуют для нормальных людей в обществе.

Сегодня подавляющее большинство умственно отсталых людей живут дома, а не в специализированных учреждениях (Erickson, 1992). Однако когда они становятся взрослыми, а их родители стареют, семья уже не может обеспечить в домашних условиях необходимый надзор за такими больными (Krauss et al., 1992), и государственные учреждения становятся более подходящим местом жительства для некоторых из них. Большинство взрослых людей, страдающих умственной отсталостью, включая тех, чья отсталость классифицируется как легкая, сегодня живут или со своими семьями, или в общественных домах, где их жизнь организована подобно жизни нормальных людей в своем доме (Blacher & Baker, 1994, 1992; Jacobson & Schwartz, 1991).

Образовательные программы. Так как раннее вмешательство с целью реабилитации выглядит очень многообещающим подходом, образовательные программы для людей с умственной отсталостью могут начинать работу с ними в самом раннем детстве. Характер образования зависит от степени умственной отсталости человека (Cirani, 1991). Специалисты в области образования ведут горячие споры о том, какой способ обучения умственно отсталых детей в школе наиболее эффективен: специализированные классы или обучение в общем потоке.

Специализированное образование состоит в том, что дети с умственной отсталостью группируются вместе и обучаются по отдельной, специально для них разработанной программе. При обучении в общем потоке (mainstreaming) они ходят в обычную школу вместе с нормальными детьми. Ни один из этих подходов не представляется наилучшим во всех ситуациях (Gottlieb et al., 1991; Gottlieb, 1981). Для некоторых детей и при изучении некоторых предметов более подходящим является обучение в общем потоке, в других случаях специальная программа будет лучшим вариантом.

Специализированное образование — подход к обучению детей с умственной отсталостью, при котором такие дети группируются вместе и обучаются по отдельной, специально для них разработанной программе.

Обучение в общем потоке — подход к обучению детей с умственной отсталостью, при котором такие дети посещают обыкновенную школу вместе с нормальными детьми.

При обучении лиц, страдающих умственной отсталостью, навыкам самообслуживания, общения, социальным и академическим навыкам преподаватели часто используют принципы оперантного обусловливания (Erickson, 1992). Они разбивают задачу на несколько простых шагов и организуют положительное подкрепление по мере выполнения обучающимся каждого из этих маленьких шагов. Кроме того, во многих интернатах, школах и семьях, где живут умственно отсталые люди, запускаются программы жетонной экономики (token economy programs), специальные программы

оперантного обусловливания, которые применяются также в учреждениях для людей, больных шизофренией.

<Нормальные потребности. Люди с умственной отсталостью обладают нормальной потребностью в личных и сексуальных взаимоотношениях, и многие, как эта помолвленная пара, проявляют вполне нормальную способность к человеческой близости.>

Терапия. Как и все другие люди, те, кто страдает умственной отсталостью, могут испытывать эмоциональные и поведенческие трудности (Pearson et al., 1996). Возможно, около 10% из них имеют еще какое-нибудь психическое расстройство (Grizenko et al., 1991). Кроме того, некоторые страдают от низкого самоуважения, трудностей в отношениях с другими людьми и неумения приспособиться к жизни в обществе (Lubetsky, 1986; Reiss, 1985). Эти проблемы можно частично разрешить с помощью групповой и индивидуальной терапии (Hurley & Hurley, 1986; Ginsberg, 1984). В дополнение к этому большое число людей, страдающих умственной отсталостью, получают психотропные препараты (Aman & Singh, 1991). Многие клиницисты, однако, высказывают предположение, что часто эти препараты используются только для того, чтобы больными было легче управлять (Erickson, 1992).

Возможности в сфере личного, социального и профессионального роста.

Чтобы идти вперед, человеку нужно чувствовать себя компетентным и способным что-то делать, и люди с умственной отсталостью часто также могут достичь такого самоощущения, если общество дает им возможность расти и делать собственный выбор (Wehmeier, 1992). Дания и Швеция, зачинатели движения нормализации, проложили путь также и в этом направлении, организовав у себя сеть молодежных клубов, которые побуждают людей с умственной отсталостью не бояться риска и пробовать действовать независимо (Perske, 1972).

Социальные взаимодействия, сексуальные отношения и брак часто представляют собой серьезные проблемы для людей, страдающих умственной отсталостью, и их семей. «Национальная ассоциация умственно отсталых граждан» предлагает им свою помощь в этих вопросах, а некоторые клиницисты разрабатывают программы, обучающие свиданиям (dating skills programs) (Valenti-Hein et al., 1994). При условии правильного обучения и практической тренировки такие люди обычно вполне способны научиться пользоваться средствами контрацепции, планировать семью и во многих случаях даже нормально растить детей (Bakken et al., 1993; Dowdney & Skuse, 1993).

Некоторые штаты ограничивают право вступления в брак для умственно отсталых людей (Levesque, 1996). Однако на практике эти законы редко применяются, и от четверти до половины лиц, страдающих умственной отсталостью, в конце концов вступают в брак (Grinspoon et al., 1986). Вопреки распространенному заблуждению, эти браки могут быть очень успешными. Кроме этого, хотя некоторые из тех, кто страдает умственной отсталостью, могут оказаться неспособными воспитывать детей, другие вполне способны к этому, самостоятельно или с помощью специалистов и общественных учреждений (Levesque, 1996; Bakken et al., 1993).

И, наконец, взрослым людям, страдающим умственной отсталостью любой степени, необходимы психологические и материальные вознаграждения, которые приносит работа (AAMR, 1992). Многие из них работают в лечебно-трудовых мастерских, на контролируемых производственных площадках, где человек может в подходящем для него темпе усваивать профессиональные навыки того уровня, какой ему доступен. После обучения в таких мастерских многие из тех людей, чья умственная отсталость относится к категории легкой или средней, переходят на обычную работу.

Лечебно-трудовые мастерские — контролируемые производственные площадки, где человек может в подходящем для него темпе усваивать профессиональные навыки того уровня, какой ему доступен.

Несомненно, качество обучающих программ для людей, страдающих умственной отсталостью, за последние тридцать лет существенно повысилось. Тем не менее большинство из этих людей не получают в достаточной степени соответствующего их способностям образования и профессиональной подготовки.

Необходимы дополнительные программы, чтобы те, кто родился с умственной отсталостью, могли полностью реализовать свой потенциал и как работники, и как человеческие существа.

<Вопросы для размышления. Те, кто стоит за специализированные школы для детей с умственной отсталостью, считают, что отдельное обучение дает возможность таким детям почувствовать себя умелыми и способными и пользоваться необходимым

им дополнительным вниманием со стороны преподавателей, тогда как те, кто отдает предпочтение обучению в общем потоке, доказывают, что такая схема приближает их образование к нормальному уровню и облегчает контакты между детьми с умственной отсталостью и нормальными детьми. Каковы достоинства и недостатки каждой позиции?>

Крупным планом

Чтение, письмо и арифметика

Более 20% детей, и среди них мальчиков больше, чем девочек, развиваются медленнее обычного и испытывают трудности в таких областях, как учеба, общение и координация движений (APA, 1994). Эти проблемы могут оказывать негативное влияние на их школьные успехи, повседневную жизнь и в некоторых случаях на их социальные взаимодействия (Geisthardt & Munsch, 1996). Подобные трудности нередко наблюдаются также у ближайших биологических родственников таких детей. Эти дети — не умственно отсталые и, по существу, часто интеллектуально очень развиты. Тем не менее, согласно классификации DSM-IV, они могут страдать психологическими расстройствами определенного типа.

Одна из групп таких проблем развития обозначена в DSM-IV как расстройства навыков обучения (в МКБ-10 — расстройства школьных навыков) (APA, 1994). В этом случае навыки счета, правописания или чтения у детей оказываются намного хуже, чем предполагает их общий интеллектуальный уровень, что приводит к академическим и личным неудачам. У детей, страдающих расстройством математических навыков, сильно снижены математические способности.

Расстройство письма проявляется в грубых и повторяющихся ошибках в разделении слов на слоги (спеллинговании), грамматике, пунктуации и разделении текста на абзацы. Детям с расстройством чтения, также известным, как дислексия, очень трудно при чтении узнавать слова и понимать то, что они читают. Они могут при чтении пропускать или искажать слова или заменять их другими и, как правило, читают медленно и с запинками.

Другая группа проблем, связанных с развитием, — это расстройства коммуникативных навыков (APA, 1994). Дети с фонологическим расстройством (phonological disorder) не могут научиться правильно произносить звуки в том возрасте, когда другим детям это обычно удается, и их речь часто похожа на лепет младенца. Те, кто страдает экспрессивным расстройством речи, испытывают затруднения при выражении своих мыслей и чувств средствами языка. Они с трудом запоминают новые слова, регулярно укорачивают предложения или очень медленно развивают языковые навыки. Дети со смешанным рецептивно-экспрессивным расстройством речи (mixed receptive / expressive language disorder) испытывают трудности как при понимании речи других, так и при использовании речи для выражения собственных мыслей и чувств. Те, кто страдает от заикания, проявляют нарушения нормальной плавности и синхронности речи. Они могут повторять, затягивать звуки, вставлять лишние звуки, делать паузы внутри слов или произносят слова с большим физическим напряжением.

И, наконец, у детей с расстройствами координации движений (developmental coordination disorder) координация моторной деятельности намного ниже, чем у других детей того же возраста (APA, 1994). Юные жертвы этого расстройства выглядят неуклюжими и очень медленно усваивают такие навыки, как завязывание шнурков, застегивание пуговиц на рубашках или молний на брюках. Дети более старшего возраста, страдающие этим расстройством, могут испытывать большие затруднения при собирании головоломок, построении моделей, игре в мяч, письме или печатании на клавиатуре.

Работы, посвященные данной теме, связывают перечисленные здесь разнообразные расстройства с генетическими дефектами, родовыми травмами, отравлением свинцом, неправильным питанием, сенсорными или перцептивными нарушениями и плохим обучением (Erickson, 1997; Gelfand et al., 1982). Однако каждая из этих гипотез недостаточно поддержана специальными исследованиями, и точные причины таких расстройств развития пока неизвестны. Некоторые из этих расстройств поддаются лечению специальными методами (Merzenich et al., 1996). Например, специальные методы обучения чтению (reading therapy) хорошо помогают при легкой форме расстройства чтения, а занятия с логопедом способны почти полностью устранить дефекты речи в большинстве случаев фонологических расстройств (Merzenich et al., 1996). Более того, некоторые расстройства иногда исчезают до достижения зрелого возраста без всякого терапевтического вмешательства.

Причисление проблем с обучением, коммуникацией и координацией к

психологическим расстройствам очень спорно. Многие клиницисты рассматривают их как чисто образовательные и социальные проблемы, которые нужно адресовать школе и семье. Однако составители справочника DSM-IV приводят довод, что нарушение нормальных функций, вызываемое данными расстройствами, и их частая связь с другими психологическими проблемами оправдывают включение их в специальную клиническую классификацию (Mishna, 1996). Особенного внимания заслуживают работы, которые обнаруживают существование повышенного риска депрессии и даже самоубийств среди подростков, испытывающих определенные проблемы этого типа, в особенности среди страдающих расстройствами навыков обучения (Huntington & Bender, 1993).

<Вопросы для размышления. В прошлом о ребенке с одним из описанных расстройств могли просто сказать, что он плохо умеет читать, или неуклюжий, или еще что-нибудь подобное. Каковы преимущества классификации таких проблем как клинических расстройств? Могут ли быть также и недостатки в таком взгляде? Должны ли эти нарушения включаться в справочник DSM-IV в качестве психических расстройств?>

Резюме

Аутизм и умственная отсталость — это расстройства, которые начинают проявляться в раннем детстве и продолжаются, как правило, всю жизнь.

Аутизм. Люди, страдающие аутизмом, очень слабо реагируют на других людей, плохо усваивают навыки, необходимые для общения, склонны к чрезвычайно ригидному поведению и повторяющимся действиям. Они могут демонстрировать, например, настойчивые требования единообразия (perseveration of sameness), исключительную привязанность к каким-нибудь предметам, самостимулирующее поведение и самоповреждающие действия. Ведущие подходы к объяснению этого расстройства указывают на когнитивные нарушения, такие как неспособность выработать теорию разума, и биологические аномалии, такие как аномальное развитие мозжечка.

Терапия в случаях аутизма направлена на то, чтобы помочь таким людям адаптироваться к их окружающей среде. Хотя никакой терапевтический подход не способен полностью изменить аутистическую схему, некоторые из них, а именно бихевиоральная терапия, тренировка навыков коммуникации, обучение родителей и интеграция в общество, показали себя очень действенными методами реабилитации.

Умственная отсталость. Люди, страдающие умственной отсталостью, по своим интеллектуальным и адаптивным способностям находятся много ниже среднего уровня. Легкую умственную отсталость, наиболее распространенный тип умственной отсталости, связывают в основном с психологическими и социокультурными факторами, такими как малостимулирующие, не отвечающие требованиям развития отношения между детьми и родителями и недостаток обучения в раннем детстве.

Причинами средней, тяжелой и глубокой умственной отсталости являются, в первую очередь, биологические факторы, хотя люди с таким уровнем умственных способностей также очень подвержены влиянию своего семейного и социального окружения. Основные биологические причины умственной отсталости — хромосомные аномалии, метаболические расстройства, определенные проблемы во время внутриутробной жизни, неблагоприятные условия при родах, а также определенные болезни и травмы в раннем детстве.

Сегодня реабилитационные программы для людей с умственной отсталостью стараются обеспечить комфортабельную и стимулирующую среду для проживания таких людей либо у них дома, в кругу их собственной семьи, либо в небольших специализированных интернатах и групповых домах, следующих принципам нормализации. Важными аспектами реабилитации являются также соответствующее уровню их способностей образование, помощь в разрешении психологических проблем и программы, организующие подготовку в таких областях человеческой жизни, как социальные взаимодействия, сексуальные отношения, брак, воспитание детей и профессиональные занятия.

Расстройства пожилого возраста.

Пожилой возраст, так же как и детство, несет с собой свои уникальные требования, огорчения и биологические изменения. Таким образом, вместе с наступающей или приближающейся старостью появляются и некоторые свойственные ей психологические расстройства. Пожилым в нашем обществе, по определению,

считается возраст после 65 лет. В Соединенных Штатах более 33 миллионов людей старше 65 лет, их доля сегодня достигает 13% от всего населения, и их число, по сравнению с 1900 годом, увеличилось в 11 раз (Hobbs, 1997) (рис. 15.5). Количество пожилых женщин относится к количеству пожилых мужчин, как три к двум. Старея, люди встречаются со множеством физиологических, психологических и социокультурных перемен. Они становятся более подверженными болезням и травмам и часто испытывают стресс вследствие утраты — потери супруга, друзей, взрослых детей, необходимости отказаться от прежних видов деятельности и прежних ролей. Многие также утрачивают ощущение цели в жизни после того, как им приходится уйти на пенсию. Даже с любимыми домашними животными и вещами им иногда приходится расставаться (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Стрессы, которые испытывают пожилые люди, не обязательно приводят к психологическим проблемам (Schultz & Heckhausen, 1996). На самом деле некоторые пожилые люди используют такие ситуации для того, чтобы больше узнавать о самих себе и расти. Однако у других стрессы, свойственные пожилому возрасту, выливаются в психологические расстройства (Banerjee & Macdonald, 1996). Исследования показывают, что 50% пожилых людей нуждаются в психологической помощи (MacDonald & Schnur, 1987), и при этом менее 20% сегодня действительно получают такую помощь. В настоящее время менее 4% всех клинических врачей работают преимущественно с пожилыми пациентами (Sleek, 1996).

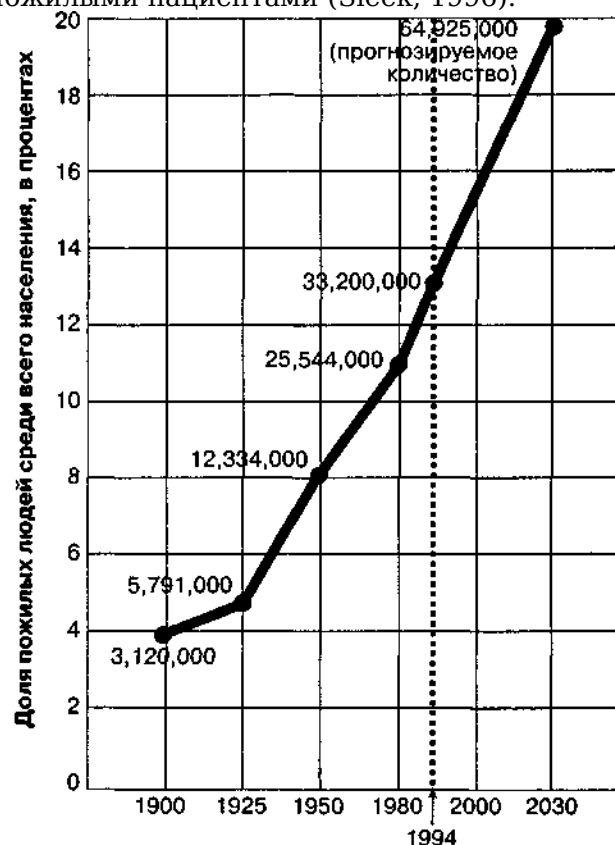


Рисунок 15.5. На подъеме. Количество людей старше 65 лет в Соединенных Штатах в течение XX века увеличилось в 11 раз. Доля пожилых людей среди населения увеличилась с 4% в 1900 году до 12,5% в 1994 году, а в 2030 году, согласно прогнозам, достигнет 20% (Hobbs, 1997; AARP, 1990).

Психологические проблемы пожилых людей можно разделить на две группы. Одна группа включает расстройства, которые могут наблюдаться в любом возрасте, но часто бывают тесно связаны с процессами старения в том случае, когда появляются у пожилых людей. Сюда входят расстройства настроения, тревожные расстройства и расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами. К другой группе относятся расстройства, которые особенно широко распространены именно среди пожилых людей, такие как делирий и деменция.

Расстройства настроения, тревожные расстройства и расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами.

Депрессия — наиболее распространенная психологическая проблема людей старшего возраста. Как и в случае с Роуз Эшби, женщиной, рассказ о которой открыл эту главу, депрессия особенно часто поражает пожилых людей, недавно переживших какую-либо травму, например потерю супруга или серьезную физическую болезнь. Общее число страдающих от депрессии пожилых людей достигает 20% (Koenig & Blazer, 1992; Blazer, 1990). Выше всего эта доля среди пожилых женщин (Fernandez et al., 1995).

В некоторых специальных исследованиях высказывается предположение, что депрессия у пожилых людей повышает их шансы заполучить серьезные проблемы в области физического здоровья. Например, у страдающих от депрессии пожилых людей с повышенным кровяным давлением инсульт случается приблизительно в три раза чаще, чем у пожилых людей с той же физиологической проблемой, но не страдающих от депрессии (Simonsick et al., 1995). Согласно другим данным, пожилые люди, испытывающие депрессию, медленнее оправляются после инфаркта, у них хуже срастаются кости после перелома бедра, они дольше выздоравливают от пневмонии и других заболеваний (Goleman, 1995).

<Исполнившаяся мечта. Остаться активным, стремиться к собственным целям и искать стимуляции — вот ответ на вопрос о том, как справляться с жизнью и получать от нее удовольствие, особенно в пожилом возрасте. В 1997 году бывший президент США Джордж Буш исполнил свою мечту, совершив затяжной прыжок с парашютом с самолета с высоты 3750 метров над пустыней. Он мечтал сделать это со времени Второй мировой войны, когда он вынужден был прыгнуть с парашютом с торпедного бомбардировщика, на котором тогда служил. После прыжка взволнованный Джордж Буш сказал, что это было то, «что он будет помнить всю оставшуюся жизнь».>

Как и более молодым взрослым, пожилым людям, страдающим от депрессии, может помочь когнитивная терапия или антидепрессанты, или комбинация этих двух подходов (Zisook & Downs, 1998; Reynolds et al., 1997). От 50 до 65% страдающих депрессией пожилых пациентов после такой терапии испытывают улучшение. Кроме того, успешно применяется метод групповой терапии (Finkel, 1991).

<Вопросы для размышления. Теоретики-клиницисты считают, что старение не обязательно всегда должно быть связано с депрессией, тревожными расстройствами или некоторыми другими психологическими проблемами. Какое отношение к жизни, какая подготовка и какие виды деятельности могут помочь человеку встретить старость с покоем на душе и даже с удовольствием?>

Тревожные расстройства также часто встречаются у пожилых людей. Обзоры показывают, что особенно распространено в этой группе населения генерализованное тревожное расстройство (generalized anxiety disorder), от которого страдают около 7% престарелых членов общества (Flint, 1994). Однако на самом деле число пожилых людей, страдающих тревожными расстройствами, может быть больше, чем указывает статистика (Schneider, 1996; Sleek, 1996). Как сам человек, так и его врач могут принимать физиологические симптомы тревоги, такие как сильное сердцебиение и потливость, за признаки физического заболевания.

<«Сколько добродушия и юмора требуется для выполнения этой отвратительной работы — старения». — Зигмунд Фрейд, 1935>

Для лечения тревожных расстройств у пожилых людей часто используются некоторые формы психотерапии (McCarthy et al, 1991). Многие также принимают медикаменты, снижающие чувство тревоги, особенно бензодиазепины (benzodiazepines), хотя тем, кто страдает обсессивно-компульсивными расстройствами, все чаще, как и более молодым пациентам, прописывают повышающие уровень серотонина антидепрессанты, такие как флуоксетин (fluoxetine) (Prozac) (Jenike, 1991).

Злоупотребление алкоголем, а также другие формы злоупотребления психоактивными веществами — еще одна проблема многих людей преклонного возраста, хотя в настоящее время данное расстройство у людей старше 60 лет наблюдается реже (Graham et al., 1996). Тем не менее в каждом взятом году от 3 до 5% пожилых людей, преимущественно мужчин, страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Helzer et al., 1991; Maddox, 1988). Ученые часто отделяют заядлых любителей выпить пожилого возраста, которые испытывали значительные проблемы, связанные с алкоголем, в течение многих лет, возможно, с возраста тридцати или

сорока лет, от тех, кто начал много пить только после пятидесяти или шестидесяти лет. Последние, как правило, начинают злоупотреблять алкоголем в качестве реакции на негативные события и обстоятельства, сопровождающие старение, такие как смерть супруга или уход на пенсию. Пожилых людей, злоупотребляющих алкоголем и зависимых от алкоголя, лечат в основном так же, как и более молодых взрослых людей (см. главу 10), используя такие методы, как детоксикация (detoxication), антабус (antabuse), помощь организации Анонимных Алкоголиков (АА) и когнитивно-поведенческая терапия.

Самая распространенная среди пожилых людей проблема, связанная с химическими веществами, — это неправильное применение прописанных врачом лекарств (Graham et al., 1996). Чаще всего это происходит неумышленно. Пожилым людям выписывают в два раза больше рецептов, чем более молодым взрослым, а четвертая часть пожилых людей принимают по три или более видов лекарств ежедневно (Lipton, 1988). Таким образом, для них существует более высокий риск ошибиться или перепутать лекарства (Salzman et al., 1995). Сегодня врачи и фармацевты стараются упростить лекарственную схему для пожилых пациентов и тщательнее разъяснять пожилым людям, как правильно принимать лекарства, давая четкие указания и рассказывая, как следить за возможным появлением нежелательных эффектов (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Крупным планом

Долгожители

Клиницисты полагают, что старение не всегда неизбежно должно сопровождаться психологическими проблемами. Также не очевидно, что оно всегда должно сопровождаться физическими болезнями. Когда ученые недавно исследовали людей старше 95 лет — тех, кого часто называют «долгожителями», — они были очень удивлены, обнаружив, что эти люди, в среднем, более здоровы, более подвижны и обладают более ясным мышлением, чем люди в возрасте от восьмидесяти до девяноста лет (Perls, 1995). Многие из таких стариков до сих пор работают, сексуально активны и способны получать удовольствие от развлечений в компании и от искусства.

Некоторые ученые полагают, что люди, которые живут так долго, несут в себе особенные гены «долгой жизни», делающие их устойчивыми по отношению к смертельным и калечащим человека болезням (Perls, 1995). Сами старики часто указывают на позитивное умонастроение и привычки, способствующие долгой жизни, — здоровое питание, регулярные физические упражнения, отказ от курения.

<Вопросы для размышления. Люди столь пожилого возраста часто производят впечатление очень уравновешенных людей. Является ли их позитивное умонастроение причиной их жизненной устойчивости или, наоборот, исключительное здоровье делает их более счастливыми? Почему сами «старейшие из старых» часто приписывают свою долгую активность психологическим факторам, тогда как ученые, по-видимому, предпочитают биологические объяснения?>

<Джон Пэрриш, 104-летний знахарь, живущий в Долине Статуй, в штате Аризона.>

Делирий и деменция.

Делирий (delirium) — это грубое нарушение (помрачение) сознания. Когда осознание человеком окружающего мира делается менее ясным, человеку становится труднее концентрироваться, фокусировать свое внимание и удерживать четкое направление мыслей (APA, 1994). Человек может думать, что сейчас утро, когда на самом деле на дворе глубокая ночь, или считать, что он дома, находясь в больничной палате.

Делирий, как правило, развивается в течение короткого периода времени, обычно нескольких часов или дней. В результате могут возникнуть неправильные интерпретации окружающих явлений, иллюзии и иногда галлюцинации.

Делирий — быстро развивающееся состояние нарушения (помрачения) сознания, при котором человеку становится очень трудно концентрироваться, фокусировать внимание и удерживать четкое направление мыслей.

Такое состояние спутанности сознания может постигнуть человека в любом возрасте, в том числе и в детстве, но наиболее часто оно бывает у пожилых людей. Оно наблюдается приблизительно у 10% пожилых пациентов, поступающих в больницы с жалобами общемедицинского характера (APA, 1994). Еще у 10-15% делирий развивается во время пребывания в больнице.

Причинами делирия могут стать лихорадка, плохое питание, травмы головы, определенные заболевания головного мозга или стресс (в том числе связанный с хирургической операцией). Также это может быть интоксикация, вызванная

употреблением определенных химических веществ, таких как лекарства, выдаваемые по рецептам. Отчасти потому, что люди старшего возраста испытывают очень много подобных проблем, они демонстрируют большую склонность к делириям, чем более молодые люди. Если делирий своевременно и правильно распознается медиками, состояние пациента можно скорректировать довольно быстро. Затем врачи могут заняться лечением лежащего в основе такого состояния инфекционного заболевания или назначить больному другие лекарства. Однако точный диагноз ставится далеко не всегда. В ходе исследования, проводившегося в отделении одной из больниц, выяснилось, что врачи распознавали только один из пятнадцати следующих друг за другом случаев делирия (Cameron et al., 1987). Неправильный диагноз в таких ситуациях может способствовать высокой смертности среди пожилых людей, испытывающих делирий (Rabins & Folstein, 1982).

Как мы уже говорили, деменция (dementia) представляет собой синдром, характеризующийся серьезными нарушениями памяти и еще, по крайней мере, одной когнитивной функции, например, абстрактного мышления или речи (см. главу 13). У всех людей, по мере того как они стареют, когнитивные способности несколько снижаются, но лишь у немногих развивается деменция. Люди с таким синдромом могут также демонстрировать существенные изменения личности и поведения, и их симптомы могут очень быстро прогрессировать. Некоторые из них, кроме того, реагируют на проявления такого расстройства тревогой, беспокойным возбуждением и депрессией (Krishnan et al., 1996; Mintzer & Brawman-Mintzer, 1996). Склонность к деменции усиливается с возрастом. Среди людей 65 лет такое расстройство испытывают приблизительно 1 или 2%, по сравнению с 15% среди тех, кому больше восьмидесяти (DeLeon et al., 1996; Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Деменцию иногда путают с делирием, и на деле оба расстройства могут проявляться одновременно.

Деменция — синдром, характеризующийся серьезными нарушениями памяти и по крайней мере еще одной когнитивной функции.

Как и в случае делирия, деменция иногда возникает по причинам, которые допускают восстановление нормального функционирования. Например, некоторые больные испытывают этот синдром из-за неправильного питания, которое можно скорректировать. Также улучшение зрения или слуха может иногда способствовать улучшению когнитивных функций человека (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Однако, как мы уже видели, в большинстве случаев деменция связана с неврологическими нарушениями, такими как болезнь Альцгеймера или инсульт, последствия которых, при современном развитии медицины, исправить трудно или вообще невозможно.

Ключевые факторы, влияющие на психическое здоровье пожилых людей.

С увеличением внимания исследователей и практиков к пожилым людям три вопроса начинают вызывать все большую озабоченность клинических специалистов: дискриминация в области охраны психического здоровья среди этой группы населения, недостатки в организации долговременного ухода за пожилыми людьми и необходимость мероприятий по поддержанию здоровья следующего поколения, которому старение еще только предстоит (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Как мы уже видели, дискриминация по этнической принадлежности долгое время была проблемой для Соединенных Штатов (см. главу 2), и в результате такой дискриминации страдали многие люди, в особенности пожилые (Cavanaugh, 1990). Быть одновременно старым и членом меньшинства означало испытывать нечто вроде «двойного наказания», как расценивали это многие наблюдатели. Трудности, выпадающие на долю пожилых женщин, принадлежащих к меньшинствам, иногда определяли как «тройное наказание», поскольку пожилые женщины намного чаще, чем мужчины, живут одиноко, переносят смерть супруга и страдают от бедности (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995). Врачи, которые занимаются диагностированием и лечением психологических проблем пожилых людей, обязательно должны принимать во внимание этническую принадлежность своих престарелых пациентов (Bazargan, 1996) (рис. 15.6).

Некоторые пожилые люди из этнических меньшинств испытывают языковые трудности, которые становятся барьером, мешающим им воспользоваться необходимой медицинской и психологической помощью. Другие могут придерживаются специфических культурных убеждений, не позволяющих им искать такой помощи. Например, так как многие члены меньшинств не доверяют

истеблишменту, состоящему из представителей большинства, они могут полагаться исключительно на советы своих родственников и друзей. Кроме того, они могут просто не знать о существовании таких медицинских и психологических служб, которые учитывали бы их культуру и их конкретные нужды (Ralston, 1991; Jackson, 1988).

	Доля, %	
	1996	2050
Белые американцы	86	67
Афроамериканцы	8	10
Американцы испанского происхождения	4	16
Американцы азиатского происхождения и коренные американцы (индейцы)	2	7

Рисунок 15.6. Этническая принадлежность пожилых людей. Пожилое население Соединенных Штатов постепенно становится этнически и расово более разнообразным. Сегодня 86% людей старше 65 лет в Соединенных Штатах — белые американцы. К 2050 году, предположительно, только 67% пожилых людей будет принадлежать к этой группе. (Hobbs, 1997; NIA, 1996.)

<Психологические заметки. Самая быстрорастущая сфера занятости в Соединенных Штатах сегодня — это медицинская помощь и услуги по уходу за больными на дому.>

Многим людям преклонного возраста требуется долговременный уход. Этот термин может относиться как к услугам, предоставляемым пожилым людям на дому или в специальном жилом комплексе для нуждающихся в частичном уходе стариков, так и к специальным интернатам, где квалифицированный медицинский и обслуживающий персонал осуществляет практически круглосуточную заботу о тяжело больных людях. Качество ухода, предлагаемого в таких заведениях, варьируется в очень широком диапазоне.

Долговременный уход — длительная медицинская и личная помощь, предоставляемая пожилым людям, а также и другим лицам, чья способность заботиться о себе в силу каких-либо причин ограничена. Интенсивность ухода может колебаться от частичной помощи на дому до полного круглосуточного обслуживания в специальных интернатах.

В Соединенных Штатах только 5% пожилых людей проживают в специальных интернатах, но большинство престарелых граждан живут в страхе, что их «заберут в больницу» (Hobbs, 1997; NIA, 1996). Их страшит необходимость двигаться с места, потеря независимости и жизнь в больничной среде. Многие из стариков знают кого-нибудь, кто умер вскоре после того, как был помещен в специальное учреждение, осуществляющее долговременный уход, и это еще больше повышает их опасения относительно жизни в таких местах (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Многие также беспокоятся из-за стоимости долговременного ухода. Сегодня люди стараются держать пожилых членов своих семей дома как можно дольше, и поэтому большинство пожилых людей поступает в интернаты только на последней стадии болезни и когда они уже почти совсем не способны заботиться о себе.

Круглосуточный уход достаточно дорог, и цена мест в интернатах, предоставляющих такой уход, продолжает повышаться. Доступные сегодня виды медицинской страховки не могут даже частично покрыть расходы на длительное или постоянное содержание в интернате с круглосуточным уходом (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

<Безотрадное место. Большинство стареющих людей боятся, что из-за плохого здоровья они могут в конце концов оказаться вынуждены переехать в интернат для престарелых, расстаться со своей семьей, с друзьями и со своим домом. Дополнительную обеспокоенность вызывает то, что во многих из сегодняшних домов престарелых скучная и малостимулирующая обстановка, в которой пациенты часто подвергаются пренебрежительному или неправильному обращению и получают слишком много лекарств.>

Подобные проблемы способны нанести значительный вред психическому здоровью пожилых людей и вполне могут вылиться в депрессию, тревогу и семейные конфликты (Banerjee & Macdonald, 1996).

И, наконец, клиницисты утверждают, что сегодняшнее поколение молодых людей

должно исповедовать принцип поддержания здоровья (health maintenance) или правильного образа жизни (wellness), предвидя свою будущую старость. Другими словами, молодые люди должны вести себя так, чтобы способствовать сохранению своего физического и психического здоровья: воздерживаться от курения, сбалансированно питаться и употреблять полезные для здоровья продукты, регулярно заниматься физическими упражнениями, пользоваться услугами программ психологического образования, помощи в стрессовых ситуациях и прочих программ, ориентированных на поддержание психического здоровья. Все больше сторонников находит мнение, что пожилые люди смогут легче адаптироваться к переменам и негативным событиям, сопровождающим старение, если они будут обладать достаточно крепким физическим и психическим здоровьем (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995).

Поддержание здоровья — принцип, состоящий в том, что молодые люди должны вести себя так, чтобы способствовать сохранению своего физического и психического здоровья, стараясь лучше подготовиться к своей будущей старости. Также называется принципом здорового образа жизни.

Резюме

Проблемы пожилых людей часто бывают связаны с утратой, а также с другими стрессами и переменами, сопровождающими старение. Психологическая помощь в той или иной степени требуется 50% пожилых людей, и при этом менее 20% действительно ее получают.

Депрессия — самая распространенная проблема людей преклонного возраста. Для лечения пожилых людей, страдающих этим расстройством, часто используется когнитивная терапия, антидепрессанты или сочетание обоих этих подходов. Пожилые люди также могут испытывать генерализованное тревожное расстройство (generalized anxiety disorder) или другие тревожные расстройства. Если эти расстройства правильно диагностируются, их обычно лечат с помощью методов психотерапии или лекарственных препаратов. Кроме того, в каждом взятом году от 3 до 5% пожилых людей испытывают проблемы, связанные с алкоголем, и еще многие страдают из-за неправильного применения выписанных врачами лекарств.

Старые люди более, чем люди из других возрастных групп, склонны впасть в состояние делирия — нарушения сознания, — когда человеку становится трудно концентрироваться, фокусировать внимание и удерживать четкое направление мыслей. Деменция, синдром, при котором отмечаются расстройства памяти и другие когнитивные нарушения, также наблюдается у пожилых людей чаще, чем в других возрастных группах.

<Стимулирующие воздействия. Когда учреждения, осуществляющие долговременный уход, предлагают своим пациентам стимулирующие программы, такие как эти физкультурные занятия для больных болезнью Альцгеймера, дают им возможность контролировать свою жизнь и привлекают к своей работе членов семей и друзей пациентов, пожилые люди, проживающие там, как правило, чувствуют себя более счастливыми и демонстрируют относительно лучшие когнитивные способности.>

С увеличением внимания исследователей и практиков к проблемам пожилых людей клинические специалисты проявляют растущую озабоченность по отношению к трем вопросам: дискриминации из-за этнической принадлежности, недостаткам в организации долговременного ухода и необходимости поддержания здоровья для молодых людей.

Подводя итоги.

В начале XX века специалисты, занимающиеся психическим здоровьем, практически игнорировали детей и пожилых людей. Сегодня проблемы этих групп населения наконец-то привлекли внимание ученых и врачей. Хотя для объяснения их проблем широко привлекаются основные психологические модели, социокультурная точка зрения — в особенности семейная терапия — также начинает играть здесь важную роль.

<«Я готов к встрече с моим Создателем. Подготовился ли мой Создатель так же хорошо к великой чести встретить меня — это дело другое». — Уинстон Черчилль, в свой 75-й день рождения>

Поскольку как дети, так и пожилые люди, ограниченно способны осуществлять

контроль над собственной жизнью, они в очень большой степени подвержены влиянию отношений и реакций членов своих семей. В свою очередь клинические специалисты, стараясь разрешить проблемы юных и престарелых людей, должны работать с этими отношениями и реакциями. Поэтому терапия при расстройствах поведения, расстройстве, связанном с дефицитом внимания и гиперактивностью (гиперкинетическом расстройстве), умственной отсталости и других детских расстройствах, как правило, не оказывает должного воздействия, если клиницисты не занимаются одновременно образованием и решением психологических проблем всей семьи. Точно так же врачи, которые лечат пожилых пациентов, страдающих деменцией, добиваются наибольшего успеха тогда, когда принимают во внимание заботы и нужды членов семьи, ухаживающих за больным.

В то же время клиницистам, которые работают с детьми, подростками и пожилыми людьми, приходится снова вспомнить о том, что узкое фокусирование внимания на одной модели часто приводит к ошибкам и трудностям. Многие годы аутизм объясняли исключительно семейными факторами, что подталкивало на неверный путь как теоретиков, так и практикующих врачей и увеличивало боль родителей, и так уже измученных аномальностью своего ребенка. В прошлом преобладание социокультурной модели часто вело к тому, что врачи игнорировали тревожные и депрессивные расстройства пожилых людей. Клиницисты ошибочно полагали, что такие явления в старости неизбежны, учитывая большое количество утрат, которые приходится переживать пожилым людям.

Увеличивающееся внимание врачей к специфическим проблемам юных и пожилых членов общества способствует также повышению внимания к человеческим и юридическим правам этих людей. Все чаще клиницисты обращаются в правительственные инстанции с призывом защитить права этих групп, часто не имеющих возможности отстаивать свои права самостоятельно. Они надеются, что с помощью таких действий им удастся разжечь борьбу с жестоким и пренебрежительным отношением к детям и сексуальным злоупотреблением детьми, уменьшить количество случаев употребления алкоголя и плохого питания женщин во время беременности и сделать более легким решение проблем, связанных со здоровьем и материальным состоянием пожилых людей.

По мере того как неправильное обращение с детьми начинает привлекать большее внимание и растет количество пожилых людей нужды тех, кто принадлежит к этим группам, становятся более заметными. Поэтому теоретическое исследование и развитие методов лечения их психологических проблем, скорее всего, будет продолжаться очень быстрыми темпами. Сегодня, когда клиницисты и государственные деятели «открыли» существование этих групп населения, они, вероятно, больше не будут недооценивать их важность и их специфические потребности.

Ключевые термины

Тревожное расстройство в связи с разлукой

Фобия школы

Игровая терапия

Оппозиционно-вызывающее расстройство

Расстройство поведения

Расстройство, связанное с дефицитом внимания и гиперактивностью

Метилфенидат («Риталин»)

Энурез

Энкопрез

Аутистическое расстройство

Первазивные (обширные) расстройства развития

Эхолалия

Инверсия местоимений

Самостимулирующее поведение

Самоповреждающие действия

Теория разума

Мозжечок

Язык знаков

Синхронное общение

Огментативные (расширительные) коммуникативные системы

Умственная отсталость

Коэффициент интеллекта

Легкая умственная отсталость
Средняя умственная отсталость
Тяжелая умственная отсталость
Глубокая умственная отсталость
Синдром Дауна
Амниоцентез
Трисомия 21-й хромосомы
Синдром хрупкой X-хромосомы
Рецессивные гены
Фенилкетонурия
Фенилаланин
Болезнь Тай-Сакса
Кретинизм
Фетальный
Краснуха
Сифилис
Аноксия
Отравление свинцом
Менингит
Энцефалит
Государственная школа-интернат
Деинституционализация
Нормализация
Специализированное образование
Обучение в общем потоке
Жетонная программа
Программа, обучающая свиданиям
Лечебно-трудовая мастерская
Делирий
Деменция
Дискриминация
Долговременный уход
Поддержание здоровья

Контрольные вопросы

1. В чем сходство и отличие тревожных расстройств и депрессии в детском возрасте и подобных расстройств у взрослых? Что такое тревожное расстройство в связи с разлукой и фобия школы?
2. Какова степень распространенности, в целом и в зависимости от пола, различных расстройств детского возраста?
3. Опишите признаки оппозиционно-вызывающего расстройства и расстройства поведения. Какие факторы способствуют возникновению этих расстройств и какие терапевтические методы используются для их коррекции?
4. Каковы симптомы расстройства, связанного с дефицитом внимания и гиперактивностью (гиперкинетического расстройства)? Какие методы лечения этого расстройства в настоящее время применяются и какова их эффективность?
5. Что такое энурез и энкопрез? Как лечатся эти расстройства?
6. Каковы симптомы и возможные причины аутизма?
7. Каковы главные цели терапии в случаях аутизма и какого вида вмешательство лучше всего помогает людям с этим расстройством?
8. Опишите различные типы умственной отсталости и обсудите причины, вызывающие их.
9. Какие условия проживания, образовательные программы, терапевтические подходы и общественные реабилитационные программы приносят наибольшую пользу людям, страдающим умственной отсталостью?
10. Какие виды психологических проблем характерны для пожилых людей и какие терапевтические методы используются для разрешения этих проблем?

Глава 16. Закон, общество и профессия психиатра.

«Дорогая Джоди!

Наверняка меня убьют, когда я попытаюсь добраться до Рейгана. Именно поэтому сейчас я пишу тебе письмо. Как ты уже хорошо знаешь, я тебя очень люблю. За прошедшие несколько месяцев я написал тебе десятки стихов и посланий, во мне тлела слабая надежда, что ты не останешься ко мне равнодушна... Джоди, я бы в мгновение ока отказался от этой идеи убрать Рейгана, если бы я только мог завоевать твое сердце и прожить с тобой остаток жизни, пускай даже и в полной неизвестности. Признаюсь, что я иду на это сейчас просто потому, что мне не терпится произвести на тебя впечатление. Я должен сделать что-то, чтобы ты точно поняла, что я все делаю ради тебя. Принося в жертву мою свободу и, возможно, мою жизнь, я надеюсь, что ты изменишь свое представление обо мне. Я пишу это письмо, а через час отправлюсь в отель Хилтон. Джоди, я прошу тебя, пожалуйста, прислушайся к своему сердцу и по крайней мере дай мне шанс, совершив такой исторический поступок, завоевать твое расположение и любовь. Буду любить тебя вечно».

Это письмо написал Джон У. Хинкли-младший актрисе Джоди Фостер в марте 1981, отправил его и стал ждать возле отеля «Вашингтон Хилтон». Когда президент Рональд Рейган вышел из отеля, послышался выстрел. Люди из Секретной службы втолкнули Рейгана в лимузин, один из полицейских и пресс-секретарь остались лежать на мостовой. Президент был ранен, и к вечеру этого трагического дня большинство американцев увидели лицо и узнали имя невменяемого молодого человека из Колорадо.

Как мы уже видели в этой книге, психологическая дисфункция отдельного человека не возникает в изоляции. Зачастую она — результат воздействия общества; и напротив, дисфункция одного человека может повлиять на жизнь его родственников, друзей и знакомых. Случай с Джоном Хинкли со всей очевидностью показывает, что дисфункция отдельного человека может в некоторых случаях нарушить права и благополучие совершенно посторонних людей, которых больной даже не знает. Клиницисты, как теоретики, так и практики, не проводят свою работу в изоляции. По мере того как они накапливают знания и лечат людей с психологическими проблемами, они сами воздействуют и подвергаются воздействию различных общественных институтов. Мы видели, например, как правительство регулировало применение клиницистами электрошоковой терапии, как клиницисты помогали проводить правительственную политику сокращения лечебных учреждений (деинституционализации) и как клиницисты обратили внимание общества на психологическое проблемы ветеранов вьетнамской войны.

Точно так же, как и их клиенты, профессиональные клиницисты действуют внутри социальной системы. Эта система накладывает ответственность на профессионалов и сказывается на том, как психиатры и психотерапевты выполняют свои обязанности. Чтобы оценить характер патологического поведения, мы должны понять социальную систему, в которой оно возникает, но точно так же мы должны понимать систему изучения и излечения патологического поведения человека.

Два института, вероятно, оказывают самое сильное влияние на состояние психического здоровья — это законодательная и судебная системы. Эти институты давно отвечали за рост и охрану общественного блага и прав отдельных людей. Порой между областью законодательства и психиатрией устанавливаются дружеские взаимоотношения (Bersoff et al., 1977). Специалисты этих двух сфер, например, работали вместе, защищая права и идя навстречу потребностям как отдельных людей с психологическими проблемами, так и целого общества. В другие времена одна область диктовала свои нормы другой, и взаимоотношения между ними были натянутыми.

Эти взаимоотношения имеют два отдельных аспекта. С одной стороны, профессионалы в области психиатрии зачастую играют важную роль в системе уголовного судопроизводства. Например, клиницистов могут попросить оценить психическую стабильность людей, обвиняемых в преступлениях. Дальше мы увидим, как они отвечали на этот призыв в деле Хинкли и в тысячах других уголовных дел. С другой стороны, законодательная и судебная система может регулировать некоторые аспекты заботы о психическом здоровье. Закон может, например, принудить некоторых людей пройти психиатрическое лечение помимо их воли. Кроме того, закон

помогает защитить права пациентов.

<«Мы считаем, что можем избавиться от путаницы в законодательстве, если прибегнем к характерному для двадцатого века принципу решения трудных проблем: мы поручим ее решение экспертам». — Уинслейд и Росс, 1983>

Влияние клиницистов на систему уголовного права.

Наши суды назначают преступнику наказание, которое они считают подходящим. Чтобы это сделать, они должны быть уверены, что подсудимые несут ответственность за свои преступления и в состоянии защитить себя на суде. В противном случае будет неправильно обвинять человека или наказывать его как любого другого преступника. Суды решили, что в некоторых случаях люди, страдающие от острой психической нестабильности, вероятно, не несут ответственности за свои действия или могут быть не в состоянии защищать себя в суде, поэтому их нельзя наказывать обычным образом. Несмотря на то, что окончательное заключение о психической нестабильности человека делает суд, его решение в значительной степени обусловлено мнениями профессионалов в области психиатрии.

Когда человека, обвиняемого в преступлении, признают психически нестабильной личностью, то его, как правило, посылают лечиться в психиатрическое учреждение. Этот процесс называется принудительным помещением в психиатрическую больницу (criminal commitment). В действительности есть несколько форм принудительного психиатрического лечения. При одной из них человек считается психически нестабильным во время совершения преступления и поэтому невиновным. Его могут признать невиновным вследствие психического расстройства (not guilty by reason of insanity) и привести подтверждения психиатров. Если человека признают невиновным, учитывая имеющиеся доказательства, то его отправляют в клинику, и он находится там до тех пор, пока его здоровье не улучшится, потом его выпускают.

Второй вариант принудительного лечения — человек считается психически нестабильным во время нахождения под следствием, и поэтому считается, что человек не может понимать судебные процедуры и защищать себя в суде. Снова свидетельские показания профессиональных психиатров помогают определить психологическое функционирование подсудимого.

Эти выводы о психической нестабильности вызывают многочисленные споры. Некоторым кажется, что это просто лазейки в системе закона, которые позволяют преступникам избежать наказания за свои преступления. Другие, наоборот, считают, что законодательство просто не может быть справедливым, если в нем нет смягчающих обстоятельств, таких, например, как психическая нестабильность. Практика принудительного помещения в психиатрическую больницу отличается в разных странах, завися от действующего законодательства и системы судопроизводства. В этой главе мы изучим, как эта практика осуществляется в США. Несмотря на то, что специфические принципы и процедуры в каждой стране могут отличаться, в большинстве стран возникают те же проблемы и принимаются решения, похожие на те, о которых мы расскажем.

Принудительное помещение в психиатрическую больницу — процесс насильственной отправки в психиатрическое учреждение человека, обвиняемого в преступлении, после признания его психически нестабильной личностью.

Невиновность вследствие психического расстройства — признание человека невиновным в случае его психической нестабильности во время совершения преступления, подтвержденной психиатрами.

Тест М'Негтена — широко используемый тест определения вменяемости человека во время совершения преступления. Чтобы человека признали психически невменяемым, он должен быть не в состоянии отличить справедливое от несправедливого.

Тест на непреодолимый импульс — тест для определения способности или неспособности человека контролировать свои действия. В соответствии с ним человек, совершивший преступление в «порыве страсти», считался невменяемым и невиновным, если так показывал тест.

Принудительное лечение преступников и признание невменяемым при совершении преступления

Снова вернемся к делу Джона Хинкли. Находился ли он в состоянии умопомешательства, когда стрелял в президента? Если он был невменяемым, то несет

ли он ответственность за свои действия? 21 июня 1982 года суд признал Хинкли невиновным из-за его невменяемости. Хинкли, таким образом, встал в один ряд с Ричардом Лоуренсом, маляром, застрелившим Эндрю Джексона в 1835 году, и Джоном Шренком, владельцем бара, стрелявшим в президента Рузвельта в 1912 году, задержанным по обвинению в покушении на убийство и признанным невиновным на основании невменяемости.

Важно отметить, что «невменяемость» — это юридический термин. То есть дефиниция «невменяемости», используемая в уголовных расследованиях, установлена законодателями, а не психиатрами. Подсудимые могут страдать психическими расстройствами, но это расстройство необязательно будет соответствовать юридическому определению умопомешательства. Современные западные определения умопомешательства основываются на деле об обвинении в убийстве Дэниела М'Негтена. В 1843 году М'Негтен убил Эдварда Драммонда, секретаря британского премьер-министра Роберта Пила, когда пытался застрелить самого Пила. Так как М'Негтен страдал явной манией преследования, присяжные сочли его невиновным на основании невменяемости. Общественность возмутило это решение суда, и бурная реакция публики вынудила британских лордов дать более четкое определение защиты подсудимого на основании умопомешательства. Эта дефиниция, известная как тест М'Негтена, утверждала, что психическое расстройство в момент совершения преступления не означает, что этот человек психически невменяем; чтобы человека признали психически невменяемым, он должен быть не в состоянии отличить справедливое от несправедливого. Федеральный суд и суды в отдельных штатах в США решили также применить этот тест.

В конце XIX века суды в некоторых штатах и федеральные суды в США, не удовлетворенные тестом М'Негтена, воспользовались еще одним тестом — тестом на непреодолимый импульс. Этот тест впервые использовался в Огайо в 1834 году, он обосновывал неспособность человека контролировать свои действия. В соответствии с ним человек, совершивший преступление в «порыве страсти», считался невменяемым и невиновным, если так показывал тест.

В течение многих лет суды штатов и федеральные суды при определении нормальности психики обвиняемого выбирали между тестом М'Негтена и тестом на непреодолимый импульс. В какой-то период времени стал очень популярным третий тест под названием тест Дэрема. Этот тест, основывавшийся на решении, принятом Верховным судом в 1954 году, просто утверждал, что человек не несет уголовную ответственность, если его «незаконный поступок был следствием психического заболевания или порока психики». Этот тест должен был обеспечить суду возможность более гибко выносить решения, однако эта гибкость оказалась во вред правосудию. Защита ссылалась на невменяемость, когда указывала на алкоголизм или наркотическую зависимость подсудимого, более того, даже на головные боли или язву желудка, считавшиеся в справочнике DSM-I психофизиологическими расстройствами. В 1955 году Американский институт права разработал тест, сочетавший в себе отдельные черты теста М'Негтена, теста на непреодолимый импульс и теста Дэрема. В соответствии с новым тестом считалось, что человек не несет уголовной ответственности, если он в момент совершения преступления страдал психическим расстройством или пороком, мешавшим ему определить, что правильно, а что — нет, или он был не в состоянии контролировать себя и действовать в рамках закона. На какое-то время этот тест Американского института права стал самым распространенным правовым тестом на психическое расстройство. Однако после вердикта по делу Хинкли поднялась буря общественного негодования против слишком либеральных принципов этого теста, и общественность требовала установить более жесткие стандарты.

Отчасти отвечая на это негодование, Американская психиатрическая ассоциация рекомендовала в 1983 году, что человека следует признавать невиновным на основании психического расстройства только в тех случаях, когда он не может отличить правильное от неправильного в момент совершения преступления. Неспособность контролировать себя и поступать в соответствии с законом больше не являлись достаточным основанием для вывода о психическом расстройстве обвиняемого. В целом, ассоциация призывала к возвращению теста М'Негтена. Этот тест теперь используется во всех федеральных судах и в половине судов штатов (Steadman et al., 1993). Более либеральные нормы американского института права до сих пор применяются в остальных штатах, кроме Айдахо, Монтаны и Юты, в которых вина подсудимого не отменяется на основании психического расстройства. Все же,

как показало исследование, более строгая дефиниция М'Негтена в действительности не снижает вероятности вынесения вердикта «невиновен» на основании признания обвиняемого психически невменяемым (Ogloff et al., 1992; Finkel, 1991, 1990, 1989). Сильные психические расстройства, характеризующиеся спутанностью сознания, затрудняют для человека возможность отличить справедливое от несправедливого, и человек с психическим расстройством плохо контролирует свое поведение (Elliott, 1996). Поэтому неудивительно, что приблизительно две трети обвиняемых, оправданных в преступлении на основании признания их психически ненормальными, получают диагноз шизофрения (Steadman et al., 1993). Подавляющее большинство уже в прошлом подвергалось арестам, госпитализации в психиатрические больницы или и тому и другому. Около половины обвиняемых, которых признают психически ненормальными, — белые, и 86% обвиняемых, оправданных на основании умопомешательства, — мужчины. Их средний возраст — 32 года. Люди признаются невинными на основании умопомешательства, когда обвиняются в самых разных преступлениях. Тем не менее приблизительно 65% преступлений относятся к категории наиболее жестоких (Steadman et al, 1993). Около 15% оправданных составляют обвиняемые в убийстве (см. рис. 16.1).

	%
Физическое нападение	38
Преступления, связанные с собственностью	18
Убийство	15
Другие жестокие преступления	12
Другие менее серьезные преступления	10
Ограбление	7

Рисунок 16.1. Преступления, при которых обвиняемых оправдывают на основании признания их невменяемыми. Обзор оправдательных вердиктов в восьми штатах обнаружил, что большинство подсудимых, оправданных на этом основании, обвинялись в жестоких преступлениях. (Основано на работах: Steadman et al., 1993; Callahan et al., 1991)

Тест Дэрема — официальный тест на психическое расстройство, который подтверждает, что человек находился в состоянии умопомешательства в момент совершения преступления, если его поступок обусловлен психическим расстройством или пороком.

Тест американского института права — официальный тест, подтверждающий, что человек был невменяемым во время совершения преступления, если из-за психического расстройства человек не мог отличить хорошего от плохого или не мог сопротивляться неконтролируемому импульсу, призывающему его к действию.

<Вопросы для размышления. В некоторых штатах защита должна подтвердить, что подсудимый невиновен вследствие невменяемости, а в других сторона обвинения должна доказать, что подозреваемый не является психически больным. Какое бремя доказывания можно считать более разумным? При использовании какого бремени доказывания подсудимого с большей вероятностью оправдают на основании того, что он психически болен?>

Крупным планом

Психические заболевания и большая политика

Во время президентских кампаний 1992 и 1996 годов независимый кандидат Росс Перо был назван «эмоционально неуравновешенным» некоторыми из своих противников. Перо отреагировал на это замечание с юмором и даже использовал в своей рекламной кампании песню Уилли Нельсона «Сумасшедший». Стратегия выяснения психологической стабильности политических оппонентов не нова. В бывшем Советском Союзе, например, многих политических противников помещали в психиатрические больницы, чтобы просто избавиться от них.

Политически мотивированные ярлыки часто использовались в середине XIX века, когда в США разгорелись споры о рабстве. Так, те, кто одобрял рабство, часто нападали в прессе на Авраама Линкольна и называли его «безумным» за его позицию противника рабства. Кроме того, многие люди, даже те, кто сами были против рабства, боялись радикальных аболиционистов и называли их психически

несбалансированными, обвиняя за беспорядки в стране.

Суд над аболиционистом Джоном Брауном сделал эту тему особенно актуальной.

Браун, белый противник рабства, сформировал небольшой отряд из негров и белых американцев и напал на федеральный арсенал с оружием в Харперс-Ферри в Виргинии. Его схватили через два дня и обвинили в убийстве и измене. Многие из сторонников Брауна, в том числе его собственные адвокаты, призывали его просить о признании невиновности на основании психического расстройства и таким образом избежать смертного приговора. Некоторых его сторонников-аболиционистов оскорбило предположение, что поступки Брауна продиктованы безумием, и сам Браун гордо подтвердил, что он психически нормален. Браун был осужден и казнен.

< **«Последние мгновения жизни Джона Брауна»**. На картине Томаса Говендена, 1884, изображено, как ведут на казнь знаменитого аболициониста.>

Как отмечают историки Линн Гэмвелл и Нэнси Томс (Gamwell & Toms, 1995), обе стороны были заинтересованы в том, чтобы объявить Брауна безумным. Многие люди, противостоящие рабству, считали, что вердикт о невменяемости Брауна мог бы дистанцировать радикальное поведение Брауна от их собственных попыток воздействия на общественное сознание, и в стране бы улеглись страхи перед жестокостью аболиционистов. С другой стороны, те, кто защищал рабство, верили, что признание невменяемости могло испортить репутацию Брауна и помешать ему прославиться в качестве мученика за дело аболиционистов — кем он фактически и стал. Очевидно, что вынесенный вердикт не удовлетворил обе стороны.

Ярлык «невменяемого» использовался в политических целях в разные эпохи. Мы не всегда имеем возможность остановить эту практику. Но мы по крайней мере должны отдавать себе отчет, что такое явление встречается. В любом случае следует тщательно взвесить имеющиеся доказательства и отличать психически больных людей от тех, на кого этот ярлык был навешен в политических целях.

Критика защиты на основании психического расстройства

Несмотря на изменения в тестах на психическое расстройство, по-прежнему раздаются критические замечания в адрес защиты на основании невменяемости (Slovenko, 1995). Одна из основных причин для беспокойства — это фундаментальное отличие между законом и наукой о поведении человека. Закон предполагает, что у людей есть свобода воли и они, как правило, несут ответственность за свои действия. Некоторые модели человеческого поведения, наоборот, подразумевают, что поведение человека определяет ситуация и биологические факторы. Следовательно, неизбежно, что юридическое определение психического расстройства и ответственности будет отличаться от тех же определений, полученных в результате клинических исследований.

Второй аспект критики — это научные представления о патологии. Во время обычного судебного процесса, когда делается заявление о наличии психического расстройства, мнения клиницистов, поддерживающих защиту и обвинение, как правило, расходятся, и присяжным приходится иметь дело с «экспертами», не согласными в своих оценках. Некоторым кажется, что это отсутствие профессиональной согласованности доказывает, что в некоторых областях клинические исследования не информативны и не могут повлиять на принятие важных законодательных решений (Slovenko, 1995; Szasz, 1963). Другие считают, что полевые исследования проделали большой шаг вперед. Фактически, были разработаны несколько психологических шкал, помогающих клиницистам более последовательно отделять нормальных людей от психически ненормальных в соответствии с тестом М'Негтена (Rogers & Ewing, 1992; Rogers, 1987).

Даже следуя обычной шкале, нелегко принимать правовое решение о психической ненормальности подозреваемого. Клиницисты должны оценить, в каком состоянии сознания находился обвиняемый в течение недель, месяцев или даже лет до совершения преступления. Поскольку состояние психики может меняться и действительно меняется со временем и в различных ситуациях, клиницисты не могут быть полностью уверены, что их оценки психической нестабильности в момент после преступления соответствуют истине.

Пожалуй, чаще всего этот вид защиты обвиняемых критикуют за то, что он позволяет избежать наказания опасным преступникам. При этом некоторые преступники, признанные невиновными на основании признания их психически ненормальными, всего спустя несколько месяцев выходят из психиатрических клиник и получают свободу. Правда, число таких случаев незначительно. По данным опросов общественного мнения, люди сильно переоценивают процент подсудимых,

признанных невменяемыми, предполагая, что он составляет 30-40%, на деле же такие подсудимые составляют всего 1% (Steadman et al., 1993). Более того, лишь малая часть подозреваемых симулирует или преувеличивает свои симптомы (Fauteck, 1995) и всего одна четверть подсудимых, которых признают психически ненормальными, получает вердикт «невиновен» (Callahan et al., 1991). В итоге менее 1 из каждых 400 обвиняемых в США признаются невиновными на основании невменяемости. В истории США принудительное лечение в психиатрической больнице после признания невиновным, как правило, занимало более длительное время, чем обычный срок заключения (Ogloff et al., 1992; Finkel, 1988). Такая госпитализация обычно не приводила к улучшению, и клиницисты редко берут на себя смелость утверждать, что преступники, выйдя из больницы, не примутся за старое. В последние годы, однако, принудительное лечение стало более коротким. Эта тенденция — результат увеличившейся эффективности лекарственной терапии, растущая неприязнь к расширению прав государственных учреждений и усиление внимания к правам пациентов (Blackburn, 1993). В 1992 году в деле Фучэ против штата Луизиана Верховный суд сделал пояснение, что единственным основанием для освобождения преступников из психиатрической больницы может стать их психическое состояние; преступников, безусловно, нельзя содержать в психиатрической больнице только на том основании, что они опасны.

Виновен, но психически болен — вердикт, постановляющий, что подсудимый виновен в совершении преступления, но при этом он страдает от психического заболевания, которое нужно лечить во время пребывания подсудимого в тюрьме.

<Вопросы для размышления. После того как пациент прекращает принудительное лечение, почему клиницист не будет спешить согласиться с тем, что этот человек психически стабилен и вряд ли совершит снова то же преступление, даже если самочувствие пациента значительно улучшается?>

Альтернативные вердикты

В последние годы в 13 штатах появилась возможность выносить еще один вердикт — виновен, но психически болен (guilty but mentally ill) (Slovenko, 1995). Обвиняемые, получившие этот вердикт, признаются психически больными на время совершения преступлений, однако болезнь не может полностью объяснить или оправдать их преступление. Выбор вердикта «признан виновным, но психически болен» позволяет присяжным осудить человека, которого они считают опасным, и при этом предполагается, что осужденный также получает необходимое лечение. Обвиняемых, признанных виновными, но психически больными, также приговаривают к сроку заключения в тюрьме, но при этом еще сопровождают приговор рекомендацией провести необходимое лечение.

<Временный отпуск. Поскольку в тюрьмах, как правило, не проявляют значительной заботы о психическом здоровье пациентов, то заключенные ищут другие способы выплеснуть чувство напряжения, гнева или решить другие психологические проблемы. Здесь заключенный (справа) медитирует вместе с индуистским жрецом, чтобы «перейти из тюремной камеры в спокойное место в своем сознании» (Swerdlow, 1995, p. 32).

В Джорджии присяжные, когда появилась возможность признавать человека виновным, но психически больным, реже стали освобождать преступников от ответственности на основании психического расстройства (Callahan et al., 1992). Когда проводили эксперимент с людьми, играющими роль присяжных, обнаружилось, что 86% испытуемых предпочитали использовать этот третий вариант и рассматривали его как «моральное, справедливое и адекватное средство предоставления лечения преступникам, которые в нем нуждаются» (Roberts, Golding & Fincham, 1987). Тем не менее те, кто критикует этот новый выбор, отмечают, что независимо от вердикта все заключенные должны получать надлежащее медицинское обслуживание. Критически настроенные люди полагают, что этот новый вариант отличается от вердикта «виновен» только названием (Slovenko, 1995; Tanay, 1992).

В некоторых штатах есть еще один вид защиты обвиняемых — признание виновным с ограниченными способностями (guilty with diminished capacity). При этом психическое расстройство рассматривается как смягчающее обстоятельство, которое нужно учитывать, когда точно определяется состав преступления (Slovenko, 1992). Адвокат говорит о том, что из-за расстройства обвиняемый не мог намеренно совершить то или иное преступление. В этом случае степень вины человека уменьшается — его, например, обвиняют в непредумышленном убийстве, а не в убийстве первой степени (умышленном запланированном убийстве). Дело Дэна Уайта, который в 1978 году

застрелил мэра Сан-Франциско Джорджа Москоуна и убил городского инспектора Харви Милка, наглядно иллюстрирует действие этого вердикта: Адвокат Дуглас Шмидт считал, что такой патриотичный, обладающий высоким чувством гражданского долга человек, как Дэн Уайт, прославленный ветеран войны во Вьетнаме, бывший пожарный, полицейский и городской инспектор, не мог совершить столь ужасное преступление, находясь в здравом рассудке. Когда он так цинично выстрелил в голову каждого из убитых им мужчин, это только подтвердило, что Уайт сошел с ума. Уайт не нес полную ответственность за свои действия, потому что страдал от «ограниченной способности». Хотя Уайт убил мэра Джорджа Москоуна и городского инспектора Харви Милка, он свои действия не планировал. В день выстрелов Уайт был психически не в состоянии планировать убийство и даже не мог хотеть этого.

Хорошо известный в кругах судебной психиатрии Мартин Блайндер, профессор права и психиатрии в школе права Хастингса в Калифорнийском университете, придал защите Уайта академический блеск. Уайт, как объяснил Блайндер присяжным, «жадно поглощал еду быстрого приготовления, «Твинкиз» [*Фирменное название сладкого печенья с кремовой начинкой. — Прим. перев.*], пил кока-колу... Чем больше он ел, тем хуже он себя чувствовал и реагировал на свою растущую депрессию тем, что все больше и больше ел». Адвокат Шмидт позднее спросил Блайнтера, не мог ли он поподробнее развить свою мысль. «Пожалуй, если бы не поглощение такого количества еды. — ответил Блайндер, — я подозреваю, что этих убийств могло бы не произойти». С этого момента Блайндер стал известен как автор «защиты Твинки» [*Так стала называться в Америке судебная защита, построенная на странных и не имеющих отношения к делу аргументах. — Прим. перев.*]...

Дэн Уайт был обвинен только в совершении непредумышленного убийства, и его приговорили к семи годам и восьми месяцам тюрьмы (освобожден досрочно 6 января 1984 года). Психиатрическая экспертиза убедила присяжных, что Уайт не желал убить Джорджа Москоуна или Харви Милка (Coleman, 1984, p. 65-70).

Из-за возможных нарушений справедливости многие эксперты в области законодательства выступали против защиты на основании ограничения способностей (Slovenko, 1992; Coleman, 1984), а в ряде штатов этот вид защиты вообще не принимается. Некоторые исследования показывают все же, что присяжные в состоянии надлежащим образом использовать такую формулировку (Finkel & Duff, 1989; Finkel et al., 1985).

Положения закона о сексуальных преступлениях

С 1937 года, когда в Мичигане был принят закон «о сексуальных психопатах», некоторые штаты поместили сексуальных преступников в особую категорию (Monahan & Davis, 1983). В этих штатах считается, что люди, которые постоянно совершают определенные сексуальные преступления, страдают психическим расстройством, и их называют сексуальными преступниками с психическими нарушениями (mentally disordered sex offenders).

Люди, классифицированные таким образом, обвинялись в совершении уголовного преступления, и считалось, что они несут ответственность за свои действия. Тем не менее, как и те, кто считается невиновным на основании психического расстройства, сексуальные преступники с психическими нарушениями отправляются на лечение в специальные психиатрические клиники (Small, 1992). Отчасти такое положение дел отражает представления некоторых законодателей о том, что сексуальные преступники психически невменяемы. С практической стороны, эти законы защищают сексуальных преступников от зачастую происходящих в тюрьмах изнасилований.

В последние годы все больше штатов изменили законы о сексуальных преступниках или вообще отменили их. Есть несколько причин для такого рода тенденции. Во-первых, некоторые штаты признали, что эти законы трудно применять. Так, часть из них требует, например, чтобы преступника признали «безусловно сексуально опасным» — такой вывод клиническая полевая экспертиза сделать не в состоянии (Szasz, 1991). Более того, есть доказательства того, что расовые предрассудки часто влияют на то, как будет классифицироваться сексуальный преступник (Sturgeon & Taylor, 1980). Белые американцы в два раза чаще попадают в класс сексуальных преступников с психическим расстройством, чем афроамериканцы или латиноамериканцы, осужденные за преступления похожего типа.

<Психологические заметки. В тюрьмах США в течение любого данного года находится приблизительно один миллион людей. (Bureau of Justice Statistics, 1994).>

Психическая некомпетентность — состояние психической нестабильности, которое не позволяет обвиняемому понять предъявляемые ему обвинения и участвовать в судебном процессе. В этом состоянии подсудимый не может подготовить со своими адвокатами адекватную защиту.

<Психологические заметки. Каждый год в США оценивается психическая компетентность приблизительно 25 000 обвиняемых.>

Принудительное лечение преступников и некомпетентность на суде.

Независимо от состояния рассудка во время совершения преступления, обвиняемые могут быть признаны психически некомпетентными (mental incompetence) для того, чтобы отвечать на суде. Компетентность подразумевает, что подсудимые понимают, какие обвинения им предъявляются, в состоянии встречаться со своими адвокатами, подготовить и отстаивать адекватное оправдание (Cruise & Rogers, 1998). Этот минимальный стандарт компетентности был конкретно определен Верховным судом в деле Даски против США (1960).

Вопрос о некомпетентности, как правило, ставит адвокат подсудимого, несмотря на то, что обвинители и сотрудники правоохранительных органов могут также затронуть эту проблему (Meyer, 1992). Все (в том числе и судья), как правило, предусмотрительно рекомендуют провести психологическую экспертизу обвиняемого, проявляющего признаки психического расстройства. Судья и присяжные предпочитают предосторожность, потому что некоторые обвинения в суде отклоняются, когда с самого начала не ясна компетентность подсудимого. Если суд решит, что обвиняемый не в состоянии отстаивать свою защиту, то этот человек отправляется в психиатрическую больницу и находится там до тех пор, пока будет не в состоянии предстать перед судом (Bennett & Kish, 1990).

Гораздо чаще преступников отправляют на принудительное лечение, когда выносятся решения об их психической некомпетентности, чем признают невиновными на основании психического расстройства (Blackburn, 1993). Тем не менее подавляющее большинство преступников, в настоящее время находящихся в психиатрических лечебницах, не принадлежат ни одной из этих групп. Чаще всего — это осужденные преступники, чьи психологические проблемы заставили администрацию тюрьмы сделать вывод о том, что они нуждаются в лечении, что их нужно отправить или в психиатрические отделения внутри тюрьмы, или в психиатрическую больницу (Monahan & Steadman, 1983; Steadman et al., 1982).

Оказалось возможным, что невинный человек, которого признали не способным отвечать на суде, мог провести долгие годы в психиатрической больнице и не иметь возможности опровергнуть обвинения в уголовном преступлении. Некоторые обвиняемые фактически отбывали более долгий «срок» в психиатрических лечебницах и ждали признания своей компетенции, чем если бы они были осуждены и отбывали срок в тюрьме (Meyer, 1992). Вероятность таких случаев снизилась, когда Верховный суд постановил в деле Джексон против штата Индиана (1972), что некомпетентного обвиняемого нельзя отправить на принудительное лечение. После достаточно долгого периода времени его или ее следует или счесть компетентным и судить и освободить, или направить в психиатрическую больницу, но уже в «гражданском» порядке.

До начала 1970-х годов в большинстве штатов человека, признанного «невменяемым преступником», помещали в лечебные учреждения с повышенной охраной (Winick, 1983). Современное законодательство предоставляет суду возможность принимать более гибкие решения. В некоторых случаях, в частности когда обвинение незначительно, обвиняемого могут лечить амбулаторно.

Принудительное лечение в гражданском порядке — правовая процедура, в соответствии с которой человека, не обвиненного в уголовном преступлении, могут заставить пройти психиатрическое лечение.

<«О чем ты говоришь — о 68 днях? Это в тюрьме. Болван... Ты с нами, и ты будешь с нами, пока мы тебя не выпустим». — Медбрат в фильме «Полет над гнездом кукушки». (1975) (он сообщил пациенту Р. П. Макмерфи, что лечение может быть гораздо дольше тюремного заключения).>

Резюме

Профессионалы-психиатры сотрудничают с законодательными и юридическими учреждениями в двух основных направлениях. Во-первых, клиницистов могут попросить оценить психическую стабильность людей, обвиняемых в преступлениях. Во-вторых, законодательные и судебные учреждения помогают устанавливать нормы

лечения психически больных людей.

Принудительное лечение в качестве уголовного наказания предполагает, что человек нес ответственность за преступление и может защитить себя в суде. Экспертиза клиницистов зачастую приводит к тому, что обвиняемого отправляют на принудительное лечение, а не наказывают.

Признание невиновности на основании психического расстройства: если обвиняемые признаются психически нестабильными в момент совершения преступления, то они могут быть признаны невиновными на основании невменяемости и их, как правило, помещают в психиатрическую лечебницу, а не в тюрьму. «Невменяемость» — это правовой термин, определяемый законодателями, а не клиницистами. В федеральных судах и в половине судов штатов невменяемость оценивается при помощи теста М'Негтена. Этот тест предполагает, что обвиняемые находились в состоянии умопомешательства в момент совершения преступления и не понимали, что делают, или не могли в момент совершения преступления отделить то, что было правильным, от дурного и неправильного. В других штатах используется более общий тест американского института права.

Защиту на основании невменяемости часто критиковали, а в некоторых штатах теперь разрешено выносить вердикт «виновен, но психически болен». Обвиняемые, которые получают этот вердикт, приговариваются к тюрьме, при этом ожидается, что они также пройдут необходимое лечение. Есть еще один вариант вердикта — признание человека виновным с ограниченной способностью. В некоторых штатах считается, что человек, совершивший сексуальное преступление, психически невменяем, и его отправляют на лечение в психиатрическую больницу.

В случае признания психической некомпетентности, независимо от состояния сознания в момент преступления, обвиняемого могут признать психически некомпетентным для того, чтобы предстать перед судом, и не способным полностью понимать обвинения и участвовать в судебном процессе. В этом случае человека, как правило, отправляют в психиатрическую больницу и он там находится до тех пор, пока не сможет предстать перед судом. Правда, нельзя отправить человека на принудительное лечение только на основании некомпетентности.

Влияние законодательства на систему психиатрических клиник.

Система законодательства оказывает сильное влияние на клиническую практику. Во-первых, суды и законодательные органы разработали процесс принудительного лечения в гражданском порядке (civil commitment), который позволяет отправлять людей в психиатрические больницы против их воли. Несмотря на то, что многие люди, проявляющие признаки психического расстройства, добровольно хотят излечиться, подавляющее число не осознает своих проблем или просто не желает идти к врачу. Как поступают клиницисты с такими людьми? Должны ли они применять силу по отношению к ним? Или люди имеют право чувствовать себя жалкими и плохо взаимодействовать с другими? В законодательстве есть ответы на эти вопросы: существуют определенные нормы, в соответствии с которыми человека можно принудить к лечению.

Во-вторых, система законодательства, действуя в интересах государства, берет на себя ответственность по защите прав пациентов во время лечения. Она защищает не только пациентов, которых принудительно лечат, но и тех, кто сам стремится вылечиться, и даже тех, кто проходит амбулаторное лечение.

Принудительное лечение в гражданском порядке.

Каждый год в США большое число людей с психическим расстройством против их воли помещают в психиатрические клиники. Об этом принудительном лечении давно и горячо спорят. Как мы увидим, иногда закон лучше защищает преступников, чем людей с признаками психоза (Burton, 1990).

<Неудачное предсказание, 80-е годы. Недостатки в процедурах лечения и неспособность системы уголовной справедливости предсказать опасность особенно ярко проявились в деле Джеффри Дэмера. В 1988 году Дэмер был заключен в тюрьму за сексуальное развращение 13-летнего мальчика. В 1990 году, несмотря на тревожные заявления отца Дэмера, его выпустили, установив лишь ограниченное, как признавался сам Джеффри, совершенно недостаточное наблюдение. Он стал принимать наркотики, задушил и расчленил еще 15 новых жертв.>

Крупным планом

Знаменитые случаи защиты обвиняемых на основании умопомешательства

— 1977: в Мичигане Френсин Хьюджес налила бензин вокруг кровати, на которой спал в пьяном забытии ее муж Мики. Затем она взяла спичку и подожгла его. На суде Френсин объяснила, что в течение 14 лет муж постоянно избивал ее и угрожал, что убьет, если она уйдет от него. Присяжные решили, что она не виновна, на основании временного помешательства, и Френсин стала символом униженных своими мужьями американских женщин. Некоторые люди сочли это решение суда подтверждением права женщины на самозащиту в собственном доме.

— 1978: Дэвид Берковиц, «сын Сэма», серийный убийца из Нью-Йорка, объяснял, что приказания убивать посылала ему лающая собака. Несмотря на то, что два психиатра подтвердили, что Дэвид психотик, его признали виновным во всех преступлениях. Спустя долгое время после суда он сказал, что в действительности придумал свои мании.

— 1979: Кеннет Бьянки, один из парочки, известной как душители с Хиллсайда, сперва подходил под признание невиновности на основании умопомешательства. Но Кеннета и его двоюродного брата признали виновными и осудили за то, что они насиловали и убивали женщин в Лос-Анджелесе в конце 1977 — начале 1978 годов. Преступник утверждал, что страдает расстройством множественной личности.

— 1980: в декабре Марк Дэвид Чепмен убил Джона Леннона. Чепмен позднее объяснил, что убил легенду рок-музыки, поскольку считал, что Леннон — предатель. Он также описал, что слышал голос бога, считал себя представителем поколения «над пропастью во ржи» (как в романе Дж. Д. Сэлинджера) и сравнивал себя с Моисеем. Несмотря на то, что клиническое исследование подтвердило невиновность Чепмена на основании психического расстройства, в конечном итоге ему вынесли обвинительный приговор.

— 1981: пытаясь доказать свою любовь к актрисе Джоди Фостер, Джон Хинкли-младший пытался убить президента Рональда Рейгана. Хинкли признали невиновным на основании психического расстройства и отправили в больницу Святой Елизаветы для психически больных преступников в Вашингтоне, где он и находится до сих пор.

— 1992: Джеффри Дамер, 31-летний серийный убийца из Милуоки, был осужден за убийство 15 молодых людей. Дамер, очевидно, мучил некоторых своих жертв, а некоторым делал лоботомию (рассечение одного или нескольких нервных трактов мозга), пытаясь создать для себя компаньонов-зомби. Тела своих жертв он расчленял и хранил, чтобы потом съесть. Несмотря на заявление адвоката о том, что Дамер не виновен из-за своего безумия, присяжные признали его виновным. В 1995 году Дамер скончался от побоев, нанесенных ему соседом по тюремной камере.

— 1994: 23 июня 1993 года 24-летняя Лорена Боббитт 12-дюймовым кухонным ножом отрезала пенис своему спящему мужу. На суде адвокаты заявили, что после многолетних оскорблений Джона Боббитта его жена пережила короткий психотический приступ и ее охватило «непреодолимое желание» отрезать пенис мужу после того, как он пришел домой пьяным и изнасиловал ее. В 1994 году присяжные обвинили ее в злостном причинении увечья на основании временного помешательства. Ее отправили в больницу для дальнейшей психиатрической экспертизы и освободили несколько месяцев спустя.

— 1997: Джон И. Дюпон, 57-летний наследник семейного состояния, застрелил олимпийского чемпиона по борьбе Дэйва Шульца в январе 1995 года. Убийство произошло в 800-акровом поместье Дюпонов, где он построил спортивный центр для спортсменов-любителей. Шульц, его близкий друг, тренировал спортсменов в этом центре. В 1997 году Дюпона признали виновным в убийстве 3-й степени и психически больным и приговорили к тюремному заключению на срок от 13 до 30 лет. В настоящее время он лечится в отделении психиатрии Института коррекции.

<Виновен, но психически болен. Джон Дюпон (слева) шутивно борется со своим другом и работником Дейвом Шульцом, золотым олимпийским медалистом. Дюпон убил Шульца в 1995 году, а двумя годами позже его признали «виновным, но психически больным».>

Зачем лечить?

Наша законодательная система позволяет отправлять человека на принудительное лечение, когда считается, что человек нуждается в лечении и представляет опасность для самого себя или других. Человек может представлять опасность для самого себя, если он склонен к суициду или ведет себя безрассудно (например, пьет чистящее средство «Драно», чтобы доказать, что на него не действует этот яд). Человек может представлять опасность для окружающих, если стремится причинить им вред или

ненамеренно подвергает жизнь других опасности. Государственные законы о принудительном лечении отдельного человека основываются на обязанности государства защищать интересы человека и общества: принципы «отца родины» и политику силы (Wettstein, 1988) Под «отцом родины» подразумевается, что государство может принимать решения, в том числе и о принудительной госпитализации, действуя в интересах пациента и защищая от причинения вреда самому себе. Наоборот, политика силы позволяет государству защищать общество от жестокого или безрассудного человека.

<Вопросы для размышления. Как современные люди реагируют на тех, кто находится на лечении? Может ли клеймо госпитализации послужить аргументом против принудительного лечения?>

Современные процедуры

Законы о принудительном лечении в гражданском порядке варьируются в разных штатах. Некоторые базовые процедуры, тем не менее, являются общими во всех штатах. Часто члены семьи, в которой живет человек, являются инициаторами принудительного лечения. Например, родители, наблюдая психотическое поведение своего сына, могут попытаться убедить его обратиться в психиатрическую клинику. Если сын отказывается, родители могут обратиться в суд и потребовать решения о принудительном лечении. Если сын — несовершеннолетний, то этот процесс развивается непосредственно. Верховный суд постановил, что слушание таких дел необязательно, если профессиональные психиатры сочтут, что лечение необходимо. Если сын — взрослый, то процесс усложняется. Суд, как правило, в таких случаях требует психического освидетельствования и позволяет оспорить направление на лечение, зачастую с представительством адвоката (Holstein, 1993).

Несмотря на то, что Верховный суд предлагает мало указаний для конкретных процедур принудительного лечения, важное решение по делу Аддингтон против штата Техас (1979) определило минимальный стандарт доказательства, необходимого для принудительного лечения. В этом деле суд постановил, что прежде чем человека отправят на принудительное лечение, нужно найти «четкое и убедительное доказательство того, что он или она психически болен и отвечает критериям для принудительного лечения». Это постановление не дает, однако, определения того, какие именно критерии нужно использовать. Их определяет каждый штат, но независимо от критериев штата клиницисты должны предложить четкое и убедительное доказательство, что человек отвечает этим критериям. Когда доказательство можно считать достаточно четким и убедительным в соответствии с судом? Когда есть уверенность на 75% в том, что критерии для лечения налицо, то это намного меньше абсолютной уверенности («когда нет основания для сомнений»), необходимой для обвинения людей за уголовное преступление.

<«Во всяком случае, нам надоедает делать бомбы. Неинтересно тратить все ночи и уик-энды на то, чтобы приготовить опасную смесь». — Письмо от «Бомбардировщика» (позднее идентифицированного как Тед Кашински) в New York Times, апрель, 1995>

Крупным планом

Жестокость мышей, мужчин и женщин

Передается ли тенденция к жестокости по наследству? Новые открытия на эту тему были сделаны в лаборатории университета Джона Хопкинса. Исследуя влияние окиси азота на деятельность мозга, исследователи создали мышью, у которой отсутствовал ген, необходимый для выработки этого нейротрансммиттера (Nelson et al., 1995). Результат оказался неожиданным: мыши-самцы с нехваткой окиси азота превращались в жестоких насильников и убийц. «Мыши-монстры», как их называли, нападали, кусали, дрались и охотились на других мышей. На мышей-самок нехватка окиси азота не оказывала влияния. Исследователи сделали вывод, что окись азота, вероятно, играет ключевую роль в регуляции мужского агрессивного поведения.

<Вопросы для размышления. Если оказывается, что патологические гены делают некоторых людей более склонными к насилию, то должны ли эти люди отвечать за преступления в той же мере, как и другие? Если бы было доказано, что с агрессией человека связаны патологические гены, то можно ли заставить принудительно лечиться тех людей, у кого эти гены обнаружили, если следовать современным стандартам принудительного лечения?>

Принудительное лечение в чрезвычайной ситуации

Бывают такие ситуации, когда требуется действовать быстро; никто не станет ждать, если жизнь человека, которого следует отправить в психиатрическую клинику, находится в опасности. Представьте, например, пациента, склонного к суициду или

слышащего голоса, которые побуждают его к враждебным действиям против других людей. Ему или ей может потребоваться срочное лечение и круглосуточное наблюдение. Если лечение в такой ситуации нельзя провести без согласия пациента, то последствия могут быть трагичны.

Поэтому во многих штатах клиницистам дают право подтверждать, что некоторым пациентам нужно временное лечение и уход. В прошлые годы в этих штатах, как правило, требовалось подтверждение двух врачей (необязательно психиатров). Сегодня штаты могут предоставить право устанавливать состояние психического здоровья и другим профессионалам. Клиницисты должны объявить, что состояние сознания пациента представляет опасность для него самого или для других людей. По традиции эти освидетельствования часто называют подтверждением двух врачей (two-physicians certificates, или 2 PCs). Продолжительность такого освидетельствования в разных штатах варьируется, однако чаще всего хватает трех дней (Holstein, 1993). Если клиницисты приходят к выводу, что для освидетельствования необходимо более длительное время, то процесс по формальному освидетельствованию можно начать в период лечения в чрезвычайной ситуации.

Кто представляет опасность?

В прошлом жестокие или опасные действия сравнительно редко совершались людьми, с психическими нарушениями. Низкий уровень насилия был, по-видимому, связан с тем, что многие из них жили в специальных учреждениях. В результате сокращения лечебных учреждений сотни тысяч людей с сильными психическими расстройствами живут рядом с нормальными людьми и редко, если вообще, лечатся. Некоторые из этих людей действительно опасны для самих себя или других людей.

Несмотря на то, что приблизительно 90% людей с психическим расстройством не являются ни жестокими, ни опасными (Swanson et al., 1990), недавние исследования предполагают, что по крайней мере есть некоторые взаимоотношения между острыми психическими расстройствами и жестоким поведением (Taylor et al., 1998; Hodgins et al., 1996). После обзора многочисленных исследований Джон Монахэн (1993, 1992), профессор права и психологии, сделал вывод о том, что уровень жестокого поведения среди людей с сильными психическими расстройствами, в особенности у психотиков, чуть выше, чем у людей без таких расстройств.

— Приблизительно 15% пациентов в психиатрических больницах нападали на другого человека до попадания в больницу.

— Около 25% пациентов в психиатрических больницах нападают на другого человека во время их госпитализации.

— Около 12% всех людей с шизофренией, депрессией или биполярным расстройством нападали на других людей, в отличие от 2% людей, не страдающих психическим расстройством.

Монахэн предупреждает, что эти данные не доказывают, что люди с психическими расстройствами в целом опасны. Но они действительно говорят о том, что сильное психическое расстройство может провоцировать насилие в гораздо большей степени, чем это раньше предполагали эксперты по психическому здоровью.

Зачастую для принудительного психиатрического лечения требуется подтверждение опасности данного человека. Но могут ли профессионалы по психическому здоровью точно предсказать, кто будет совершать акты насилия? Практические исследования позволяют сделать вывод, что психиатры и психологи чаще ошибаются, когда делают долгосрочные прогнозы относительно насилия (Buchanan, 1997; Limandri & Sheridan, 1995). Обычно они переоценивают вероятность того, что в конце концов человек совершит жестокий поступок. Все же исследования предполагают, что краткосрочные предсказания — то есть предсказания возможного акта насилия — оказываются более точными (McNiel & Binder, 1991). Более того, исследователи теперь довольно успешно разрабатывают метод оценок с применением статистических подходов и более объективно предсказывают потенциальную опасность, чем субъективное суждение клиницистов (Duggan, 1997; Borum, 1996; Campbell, 1995).

Критика принудительного лечения граждан, не являющихся преступниками

Принудительное лечение в гражданском порядке критиковали с нескольких точек зрения. Во-первых, раздавались замечания по поводу опасности, которую представляет тот или иной человек. Если выводы специалистов об опасности зачастую неточны, то разве можно их использовать, чтобы лишить человека свободы (Ennis & Emory, 1978)? Во-вторых, терапевтическая ценность такого лечения сомнительна. Исследования показывают, что многие люди, находящиеся на принудительном лечении, плохо реагируют на терапию (Wanck, 1984). Вероятно, людям часто нужно

ощущение возможности выбора или контроля ситуации — тогда лечение принесет успех (Langer, 1983).

На основании этих и других аргументов некоторые клиницисты считают, что следует отменить принудительное лечение (Szasz, 1977, 1963). Кроме того, многие гражданские либералы обеспокоены тем, что принудительное лечение может быть использовано для контроля над людьми (Morse, 1982; Ennis & Emory, 1978). Так, известно, что в бывшем Советском Союзе и других странах психиатрические больницы, как правило, использовались, чтобы помещать туда людей с непопулярными политическими взглядами.

Тенденции в принудительном лечении граждан, не являющихся преступниками

Принятие гибких законов о принудительном лечении достигло своего пика в 1962 году. В деле Робинсон против штата Калифорния Верховный суд постановил, что заключение под стражу людей с наркотической зависимостью нарушает конституционный запрет на жестокое и необычное наказание, и в качестве более разумной меры рекомендовал для таких людей принудительное лечение. Это постановление поощряло принудительное лечение многих «антисоциальных личностей». В последующие годы процедура принудительного лечения давала «обвиняемым» гораздо меньше прав, чем суд (Holstein, 1993). Кроме того, пациентам, которых лечили принудительно, стало очень трудно покинуть психиатрическую клинику.

В конце 60-х и начале 70-х годов многие люди, в том числе репортеры, романисты и борцы за гражданскую свободу, говорили о неоправданном принудительном лечении большого количества пациентов. Когда общественность стала внимательнее к этим вопросам, то государственные органы начали устанавливать более жесткие стандарты для принудительного лечения (Holstein, 1993). Некоторые штаты, например, постановили, что существуют определенные типы поведения, за которыми нужно наблюдать, прежде чем можно будет сделать вывод о его опасности. После этого количество людей, отправляемых на лечение против их воли, снизилось, а количество людей, покидающих психиатрические больницы, наоборот, возросло (Wanck, 1984). Сегодня гораздо меньше людей, чем раньше, отправляются в лечебные учреждения принудительно. Однако такое уменьшение числа людей, отправляемых на принудительное лечение, не увеличило количество преступников, число арестов людей, которые при других условиях уже находились бы в больницах, также после этого не возросло (Terpin, Abram & McClelland, 1994). Тем не менее в некоторых штатах среди общественности растет беспокойство, что существующие критерии для принудительного лечения слишком суровы и они снова становятся более расплывчатыми (Beck & Parry, 1992; Belcher & Blank, 1990). До сих пор непонятно, приведет ли это расширение критериев к тем же самым «непрозрачным» процедурам отправки человека на принудительное лечение, как это было раньше.

<Невозможность предсказать, 1990-е. В 90-е годы XX века выявился рост новой труднопрогнозируемой формы опасности — дети, стреляющие в членов своих семей, одноклассников и учителей. Пятнадцатилетний Кипланд Кинкел из Орегона был отдан под суд в 1998 году после того, как убил родителей и двух соучеников и ранил в своей школе еще 18 человек. Он впал в буйство, когда обнаружил в своем школьном шкафчике краденый заряженный пистолет. Юноше предъявили обвинение и отдали на поруки родственникам.>

<«Вот как мы живем [в России]: без всякого предупреждения или медицинского освидетельствования четыре милиционера и два врача входят в дом здорового человека. Врачи объявляют, что он — сумасшедший, милицейский чин кричит: «Мы — орган правопорядка! Встать!». Они выкручивают ему руки и увозят в сумасшедший дом». — Александр Солженицын, 1971>

Защита прав пациентов.

За прошедшие два десятилетия положения закона значительно расширили права пациентов с психическим расстройством. Судебные постановления, законодательства штатов и федеральные законы помогают обеспечить эти легальные права, в особенности право на лечение и право отказаться от него.

Право на лечение

Когда человека отправляют в психиатрическую клинику и не лечат его, то это учреждение превращается в настоящую тюрьму. Для многих пациентов в конце 60-х и в 70-х годах большие психиатрические лечебницы в разных штатах играли именно такую роль. Поэтому некоторые пациенты и их адвокаты стали требовать, чтобы

штаты соблюдали право пациентов на лечение. Решение в интересах пациентов, вынесенное в Алабаме в 1972 году, привело к историческому прорыву в битве за права пациентов. В деле Уайатт против Стикни федеральный суд постановил, что штат в соответствии с конституцией был обязан предложить «адекватное лечение» всем людям, которые находились на принудительном лечении. Поскольку условия содержания в больницах штата были ужасными, судья установил положения, которые государственные чиновники должны были выполнять, — предоставить больше терапевтов, лучшие условия содержания, больше уединения, больше социальных взаимодействий и физических упражнений и более тщательный контроль за физическими ограничениями и лечением. В других штатах позднее были приняты многие из этих стандартов.

Еще одно важное решение было объявлено в 1975 году в Верховном суде в деле О'Коннор против Дональдсона. После того как более 14 лет Кеннет Дональдсон содержался в психиатрической лечебнице во Флориде, он подал прошение о выходе из больницы. Дональдсон неоднократно делал попытку освободиться, но психиатры этой клиники отвергали все его просьбы. Он настаивал на том, что с ним и с другими пациентами плохо обращались, их по большей части игнорировали и почти не предоставляли личной свободы. Верховный суд вынес решение в пользу истца, оштрафовал управляющего больницей и заявил, что такие учреждения обязаны периодически пересматривать дела пациентов. Судьи также постановили, что штат не может удерживать в психиатрической больнице человека против его воли, если он не представляет опасности, способен выжить сам или с помощью членов семьи или друзей. В следующем деле, имевшем большое значение, Янгберг против Ромео (1982), Верховный суд постановил, что люди, находящиеся на принудительном лечении, имеют право на «условия разумного и не ограничительного содержания», а также право на «разумную заботу и безопасность».

Чтобы помочь защитить права пациентов, Конгресс в 1986 году выпустил Акт о защите и охране психически больных людей (Woodside & Legg, 1990). Этот закон учредил систему защиты и охраны во всех штатах на территории США и предоставил общественным адвокатам, работавшим для пациентов, возможность расследовать оскорбления и случаи пренебрежения со стороны персонала и разрешать эти проблемы легально.

В последние годы общественные адвокаты настаивают, что право на лечение нужно также предложить десяткам тысяч людей с сильными психическими расстройствами, которых освобождают из больницы спустя слишком короткий период времени. Зачастую таким людям некуда идти, они не могут сами о себе позаботиться и оказываются бездомными или попадают в тюрьму, а в тюрьмах лишь очень незначительный процент заключенных получает лечение (Torrey, 1997; Samhsa, 1993). Многие адвокаты, подающие в суд на федеральные службы или службы штатов, утверждают, что выполняют обещание, которое они дали активистам общественного движения за психическое здоровье (см. главу 12).

Право на лечение — законное право пациентов, в особенности тех, кто находится на принудительном лечении, получать соответствующую терапию.

Право отказаться от лечения — законное право пациентов отказаться от некоторых форм терапии.

<Психологические заметки. Большинство бездомных людей с острыми психическими расстройствами, попавшие в тюрьму, обвиняются в недозволенном поведении, нарушениях закона, в угрозах, попрошайничестве, безделье или «распутном и похотливом поведении» (например, мочатся на углах улиц) (Mullhern, 1990; Valdiserri, Carrol, & Hartl, 1986).>

<«Многие безумные люди ...вообще отказываются от лечения. Мы можем преодолеть их сопротивление, оставив их в неведении, но дав принять некоторые вещества ...которые вызывают боли [в животе] и даже движения [внутренностей]. Эти симптомы вызывают у пациента чувство неловкости, заставляют обратить внимание на свое здоровье, и он становится послушным». — Джин Эскироль, французский реформатор в области психиатрии, 1845>

Сцены из современной жизни

Серийные убийцы: сумасшествие или злоба?

Застенчивый, умный мальчик поступил в Гарвардский университет в возрасте 16 лет, сдав экстерном школьные экзамены за два старших класса. Изучал математику и в 1967 году в Мичиганском университете защитил диссертацию на степень доктора философии. Занял очень престижное положение в университете Беркли, штат

Калифорния. Казалось, его ждет слава и успех. Однако после двух лет работы в Беркли он решил уйти из общества — и вместо блестящей карьеры выбрал одинокое существование в горах Монтаны.

Именно здесь, в лачуге 10 на 12 футов, этот отшельник и эксцентрик создал свои самые известные произведения: 16 бомб, три смерти, двадцать три искалеченных человека, несколько едких писем в *New York Times* и манифест против технологий объемом в 35 тысяч слов. В документах ФБР он значился под кодовым именем «Бомбардировщик», и за 18 лет террора это слово оказалось на устах у всей Америки. Лишь 3 апреля 1996 года федеральные агенты захватили Теодора Кашински в его доме в штате Монтана, и созданное маньяком царство террора с бомбами по почте, приковывавшими к себе внимание всей нации, прекратилось (Duffy, 1996; Thomas, 1996).

Теодор Кашински присоединился к растущему списку серийных убийц, наводивших ужас на всю Америку в течение долгих лет: Тед Банди, Дэвид Берковиц «сын Сэма», Альберт Десальво, Джон Вейн Гейси, Джеффри Дэмер. Серийные убийцы, кажется, убивают ради наслаждения самим моментом убийства. Теоретики-клиницисты еще не разгадали этот тип личности, но вместе со служителями закона собрали о них огромную информацию и теперь начинают создавать теории о психологии, скрывающейся за столь жестоким поведением.

Несмотря на то, что каждый из них следует своему собственному паттерну, серийные убийцы, по-видимому, обладают некоторыми общими характеристиками. Большинство из них — это белые мужчины в возрасте 25-34 лет, они отличаются высокой или средней интеллигентностью, как правило, приятны в общении, умеют хорошо говорить, привлекательны и умелые манипуляторы. Они обычно тщательно выбирают свои жертвы. По большей части эти люди не имеют постоянных связей с обществом, переезжают с места на место и убивают. Многие из них интересуются работой полиции и популярными масс-медиа, внимательно следят за сообщениями о расследовании своих преступлений (Ressler & Schachtman, 1992; Holmes & DeBurger, 1985).

Многие из этих людей страдают психическими расстройствами, которые не вписываются в официальные критерии психической ненормальности. Парк Диц, психиатр и высокоуважаемый эксперт по данной теме, предлагает такое объяснение: *Ни одного серийного убийцу, которого у меня была возможность осмотреть, нельзя было назвать невменяемым официально, но и нормальными их тоже назвать было нельзя. Это все были люди, страдающие психическими расстройствами. Однако, несмотря на ненормальность их характера и сексуальных интересов, это были люди, которые знали, что они делали, знали, что то, что они делали, — дурно, но по-прежнему делали это* (Douglas, 1996, p. 344-345).

В результате, как правило, серийных убийц не признают невиновными на основании психического расстройства. Кроме того, в обществе сразу возникают опасения, что если подсудимого признают невиновным, то его могут слишком быстро выпустить на свободу (Gresham, 1993).

Ричард Чейс, серийный убийца, полагавший, что ему нужно пить человеческую кровь, чтобы его собственная не превратилась в порошок, один из немногих серийных убийц — явный психотик (Ressler & Schachtman, 1992). Гораздо чаще серийные убийцы проявляют признаки сильного расстройства личности (Scarf, 1996). Недостаток совести и полное неуважение к людям и общественным нормам — основные черты расстройства антисоциальной личности. Для них характерно нарциссическое мышление. Ощущение своей уникальности может сформировать у убийцы нереалистическое представление о том, что его не схватят (Scarf, 1996). Зачастую именно ощущение непобедимости приводит к поимке преступника.

Сексуальные дисфункции и фантазии также, кажется, довольно распространены среди серийных убийц (Ressler & Schachtman, 1992). Исследования обнаружили, что в формировании поведения этих людей зачастую участвуют фантазии сексуального и садистского характера (Lachmann & Lachmann, 1995; Ressler & Schachtman, 1992).

Некоторые клиницисты также считают, что убийцы, контролируя, причиняя боль или уничтожая тех, кто кажется им слабее, могут делать это, пытаясь преодолеть свое ощущение беспомощности (Levin & Fox, 1985). Исследования показывают, что многие серийные убийцы в детстве подверглись физическому, сексуальному или эмоциональному насилию (Ressler & Schachtman 1992).

<Этот придуманный газетным иллюстратором портрет «Бомбардировщика» стал в 1994 году символом серийного убийцы и ужаса, который тот наводил.>

Несмотря на такие подозрения и изучение личностных характеристик преступников, ученые еще не понимают, почему серийные убийцы ведут себя именно таким образом. Так что большинство соглашается с утверждением Дица: «Трудно вообразить какую-либо ситуацию, при которой их снова можно выпустить на свободу» (Douglas, 1996, p. 349).

Право отказаться от лечения

За прошедшие два десятилетия судами были приняты постановления о том, что пациенты, в особенности пациенты психиатрических больниц, имеют право отказаться от лечения. Суды не спешат устанавливать общее правило, потому что существует много различных видов лечения. Так как правило, касающееся какого-то одного вида лечения, может негативно воздействовать на другие виды лечения, то постановления судов, как правило, оговаривают один конкретный вид лечения.

Большинство постановлений, касающихся прав пациентов отказаться от лечения, относятся к биологическим видам терапии. Пациентов гораздо легче принудить к такому виду лечения без их согласия, чем к психотерапии, и он представляется гораздо более опасным. Например, законодательные постановления в разных штатах последовательно дают пациентам право отказываться от психохирургии — формы физического лечения, которая является необратимой, и поэтому представляет серьезную опасность. Некоторые штаты также поддерживают право пациентов отказаться от электрошоковой терапии, которая применяется во многих случаях сильной депрессии (см. главу 6). Тем не менее вопрос об отказе от электрошоковой терапии сложнее, чем отказ от психохирургии. Электрошоковая терапия очень эффективна для многих людей, переживающих острую депрессию; однако она может привести к более сильному расстройству и порой ее применяют неправильно. Вот, например, каким незавидным оказалось положение пациентки по имени Нэн.

Когда психиатр предложил ей пройти в психиатрической клинике курс шоковой терапии, Нэн с неохотой согласилась, но, попав в клинику, изменила свое решение. Несмотря на ее протесты, пациентку подвергли шоковой терапии и она испытала обычные переживания спутанности сознания и потери памяти. После серии процедур желание Нэн прекратить терапию настолько усилилось, что она сказала медсестре: «Мне просто надо выбраться отсюда. Я уйду, что бы вы не говорили».

Нэн сбежала из больницы, и когда это обнаружил пославший ее туда психиатр, он позвонил ей домой и сказал, что вызовет полицию, если она не вернется. Под таким давлением Нэн вернулась и сказала медсестрам: «На самом деле я не хочу здесь оставаться; меня заставляют лечиться электрошоком. Доктор сказал, что если я не вернусь, то он пошлет за мной полицию» (Coleman, 1984, p. 166-167).

В настоящее время многие штаты дают возможность пациентам, в особенности тем, кто лечится добровольно, право отказаться от электрошока. Как правило, эти пациенты должны быть полностью информированы о лечении и обязаны письменно подтвердить свое согласие пройти такой курс. В ряде штатов тем не менее разрешают проводить принудительную терапию электрошоком, тогда как в других требуется согласие близкого родственника или третьей стороны.

В прошлом пациенты не имели права отказываться от психотропных препаратов. Как мы, однако, видели, многие психотропные препараты обладают сильным действием и вызывают нежелательные и опасные эффекты. Поскольку эти вредные эффекты стали более очевидными, то некоторые штаты предоставили пациентам право отказаться от такого медикаментозного лечения. Как правило, эти штаты требуют, чтобы врачи объяснили пациентам цель терапии, получили от них письменное согласие. Если отказ сочтут некомпетентным, он покажется иррациональным или представляющим опасность для самого пациента, то независимый психиатр, медицинская комиссия или местный суд могут его опровергнуть (Prehn, 1990; Wettstein, 1988). Тем не менее юрист или адвокат пациента поддержит его в этом процессе.

<Изменения в окружающей среде. За прошедшие два десятилетия решения суда установили некоторые минимальные стандарты для психиатрии и условий лечения пациентов. Часть устаревших помещений была переоборудована в соответствии с этими стандартами или закрыта. Вскоре после того как была сделана данная фотография, изображенный на ней флигель психиатрической больницы был закрыт.>

Другие права пациентов

За последние несколько десятилетий решения суда стали защищать и другие права пациентов. Пациенты, которые выполняют какие-то работы в психиатрических учреждениях, в особенности в частных клиниках, теперь по крайней мере получают гарантированную оплату. Один из местных судов постановил в 1974 году, что

пациенты, освобождающиеся из государственных психиатрических клиник, имеют право на последующее наблюдение врача и право жить среди обычных граждан. А в 1975 году в деле Диксон против Вайнбергер другой местный суд постановил, что люди с психологическими расстройствами должны получать лечение в клиниках с наименьшими ограничениями для пациентов. Если в местном муниципальном центре психического здоровья существует программа, которая может решить проблемы данного пациента, то его надо определить именно туда, а не отправлять в психиатрическую больницу.

Спор о «правах»

Конечно, люди с психологическими расстройствами имеют гражданские права, которые следует всегда защищать. Тем не менее многие клиницисты выражают озабоченность, что законы и постановления о правах пациентов могут ненамеренно лишить пациентов возможности выздороветь. Возьмем, к примеру, право на отказ от лечения (Appelbaum & Grisso, 1995; Grisso & Appelbaum, 1995). Если лекарства могут помочь больному шизофренией, то разве пациент не имеет права на выздоровление? Если спутанное сознание заставляет пациента отказаться от лекарства, то могут ли клиницисты в здравом уме откладывать применение терапии, пусть даже закон позволяет это сделать? Психолог Мэрилин Уайтсайд высказывает такие опасения, описывая пациента с задержкой умственного развития.

Ему было 25 лет и он сильно отставал в развитии, а после того как его любимый санитар уволился, стал заниматься самоуничтожением. Он бил себя кулаками по голове, пока медицинский персонал не надел на него футбольный шлем, чтобы хоть как-то защитить от травм. Тогда он вцепился себе в лицо и выдавил один глаз.

Институтские психологи провели с ним бихевиористскую терапевтическую программу для создания легкой реакции отвращения: они брызгали теплой водой ему в лицо каждый раз, когда пациент занимался самоуничтожением. Когда это не помогало, психологи попросили разрешения использовать удары электротока. Комитет по правам человека наложил вето на эту «излишнюю и бесчеловечную форму коррекции», потому что, хотя молодой человек и страдал задержкой умственного развития, но не был преступником.

Поскольку нельзя было применить никаких эффективных мер, которые не ограничивали бы прав и не лишали достоинства этого отставшего в развитии пациента, то ему лишь сделали выговор за его поведение — и дали возможность выдавить себе еще один глаз. Теперь он слепой, конечно, но у него есть права и его достоинство не тронуто (Whiteside, 1983, p. 13).

<Право на жизнь среди обычных людей. Несмотря на «гарантированное» право жить в обществе среди обычных людей, многие люди, страдающие хроническими и острыми психическими расстройствами, не получают лечения и ухода, слоняются по улицам или живут в приютах, таких как этот приют в Вашингтоне.>

С другой стороны, клиницисты не всегда эффективно защищают права пациентов. В течение многих лет пациентам давали лекарства и проводили другие виды биологической терапии, нанося при этом им вред (Crane, 1973). Точно так же некоторые лечебные учреждения злоупотребляют трудом пациентов. Мы должны также задать вопрос, оправдывают ли современные знания в психиатрии нарушения прав пациентов. Могут ли клиницисты с уверенностью утверждать, что данные виды лечения помогут пациентам? Могут ли они предсказать вредные последствия некоторых видов терапии? Так как клиницисты сами часто не соглашаются друг с другом, то кажется уместным, что пациенты, их адвокаты и сторонние наблюдатели должны играть определяющую роль в принятии решений.

<«Когда человек утверждает, что он Иисус или Наполеон ...его можно назвать психотиком и запереть в сумасшедшем доме. Свобода речи существует только для нормальных людей». — Томас С. Сэз, «Второй грех»>

Судебное преследование за преступную небрежность — преследование в суде терапевта, который использовал неподходящие методы лечения.

Крупным планом

Нападения на терапевтов

Многие терапевты отмечают, что на их права, в том числе право на безопасную практику, часто посягают. На 12-14% частнопрактикующих терапевтов по крайней мере один раз нападали пациенты, а в психиатрических больницах этот процент еще больше (Tryon, 1987; Bernstein, 1981). Исследование обнаружило, что на 40% психиатров нападали по меньшей мере один раз за их карьеру (Menninger, 1993). Для своих нападений пациенты используют самое разнообразное оружие, в том числе

такие обычные вещи, как туфли, лампы, огнетушители и палки. Некоторые применяют пистолеты или ножи и сильно ранят или даже убивают терапевтов. Многие терапевты, на которых нападали, ощущают тревогу и опасность на работе еще долгое время спустя. Некоторые стараются более избирательно принимать клиентов и ищут признаки, сигнализирующие о возможном насилии. Один терапевт даже полтора года потратил на изучение каратэ (Tryon, 1987).

<Вопросы для размышления. Как может длительное беспокойство воздействовать на поведение и эффективность клиницистов, на которых совершили нападение? Что говорят эти атаки о способностях терапевтов предсказывать опасность? Такие атаки, по-видимому, усиливаются в последнее время. Почему?>

Другие виды взаимодействия между клиницистами и законодательными органами.

Профессиональные психиатры и юристы оказывают влияние друг на друга и в других сферах деятельности. За прошедшие два десятилетия их пути пересеклись в трех новых областях: в преследовании преступной небрежности, в выборе присяжных и в профессиональных ограничениях.

Число судебных преследований за преступную небрежность (malpractice lawsuit) за последние годы настолько возросло, что клиницисты создали термины для страха перед судом — «страх судебного преследования» («litigaphobia») или стресс судебного преследования («litigastress»). Клинцистам предъявлялись обвинения за доведение до покушения на самоубийство, секс с пациентом, за неподтверждение согласия на лечение, за халатность в применении лекарств, за неприменение лекарств, которые могли бы ускорить улучшение состояния больного, за неправильный выбор срока окончания лечения и неправильное лечение (Smith, 1991; Wettstein, 1989). Как бы то ни было, судебные преследования или страх перед ними могут оказывать значительное влияние на решения терапевтов.

Еще одна область, в которой пересекаются интересы клиницистов и служителей закона, — это выбор присяжных. За прошедшие 15 лет все больше юристов обращаются к клиницистам за советом при ведении судебных процессов (Gottschalk, 1981). Появились новые специалисты, известные как «специалисты по присяжным». Они советуют адвокатам, какие члены жюри присяжных скорее всего встанут на их сторону и какую стратегию нужно проводить, чтобы завоевать поддержку присяжных. Специалисты по присяжным делают выводы на основе обзоров, интервью и анализа данных о присяжных и в лабораторных условиях воспроизводят предстоящий процесс. Тем не менее не ясно, что окажется полезнее — советы психологов или инстинкт адвоката.

За прошедшие несколько лет законодательная и юридическая система также помогла изменить границы, отделяющие различные профессии. Так, психологи приобрели больше компетентности и стерлись границы, некогда отделявшие психиатрию от психологии (Cullen, 1993). В 1991 году, с одобрения Конгресса, министерство обороны начало пересматривать самую прочную границу между психиатрами и психологами — право выписывать лекарство и последующую роль в лечении, которых раньше психологи были лишены. Министерство обороны запустило в армии пробную обучающую программу для психологов, в ней они под наблюдением врачей прописывали лекарства для решения психологических проблем (DeLeon, 1992). Учитывая явный успех этой пробной программы, Американская психологическая ассоциация рекомендовала в 1996 году, чтобы все психологи прошли соответствующую образовательную программу и на ее основании получили сертификат, дающий им право выписывать лекарства. Такие рекомендации вызвали оживленные споры, причем не только среди психологов (DeLeon & Wiggins, 1996; Denelsky, 1996).

Как предполагает рекомендация Американской психологической ассоциации, законодательные и юридические системы не просто вмешиваются в область психологии и психиатрии. Фактически, психологи, психиатры и работники социальной сферы в каждом штате лоббируют законы и решения, которые могут усилить авторитет и компетентность их профессии. В каждом случае психологи и психиатры стремятся сотрудничать с другими учреждениями, снова демонстрируя, что система психиатрических клиник и заботы о психическом здоровье пересекается с другими сферами интересов нашего общества.

Резюме

Система права часто влияет и помогает регулировать различные направления деятельности клиницистов.

Принудительное лечение граждан — для помещения граждан на принудительное лечение часто прибегают к положениям законодательства. Общество позволяет отправлять на принудительное лечение людей, которым, как считается, нужно лечение и они представляют опасность для самих себя или для других. Процедуры отправки на принудительное лечение в разных штатах варьируются, однако Верховным судом определен стандарт минимального доказательства — четкое и убедительное доказательство необходимости лечения.

Защищая права пациентов, суды и законодательные органы также воздействуют на профессионалов в области психического здоровья, они определяют и обеспечивают легальные права, которыми располагают пациенты. Наибольшее внимание общества привлекли право на лечение и право на отказ от лечения.

Другие взаимодействия клиницистов и юристов охватывают три области. Во-первых, за последние годы увеличилось количество судебных преследований терапевтов. Во-вторых, адвокаты могут прибегнуть к советам профессиональных психологов, когда выбирают присяжных и стратегию своего поведения на суде. В-третьих, судебная и правовая системы помогают устанавливать границы профессиональной клинической практики.

Этический кодекс — ряд принципов и правил этического поведения, которые должны определять действия и решения профессионалов.

<**Вопросы для размышления.** Большинство психиатров не желают, чтобы психологи получили право выписывать психотропные препараты. Удивительно, но многие психологи также противятся этой идее. Почему они могут занимать эту позицию?>

Саморегуляция: этика и система охраны психического здоровья.

Дискуссии о законодательной системе и системе психологии и психиатрии могут иногда создать впечатление, что клиницисты — это беспечные профессионалы, считающиеся с правами и потребностями пациентов, только когда их вынуждают. Дело, конечно, не только в этом. Большинство клиницистов проявляют заботу о клиентах и пытаются помочь им и в то же время уважают их права и достоинство. В действительности клиницисты, пытаясь обеспечить надлежащую и эффективную клиническую практику, не опираются исключительно на судебную и законодательную систему. Они регулируют себя и сами, так как постоянно развивают и пересматривают этические принципы специалистов в данной области (Bersoff, 1995). Многие законодательные решения просто юридически подкрепляют уже существующие профессиональные принципы.

<**Этические нормы советов профессионалов.** Подобно Джону Грелю, автору бестселлера «Мужчины с Марса, женщины с Венеры», многие современные клиницисты предлагают советы миллионам людей в книгах, на занятиях групповой психотерапией, в теле- и радиопрограммах и на аудиокассетах. Их мнения часто оказывают сильное воздействие на людей и поэтому они тоже обязаны следовать этическим принципам, действовать ответственно и профессионально, основываясь на соответствующей психологической литературе.>

В каждой профессии в области психического здоровья есть свой кодекс этики. В этом смысле кодекс Американской психологической ассоциации типичен (APA, 1992). Профессионалы в области психического здоровья и работники общественной сферы с глубоким уважением относятся к этому кодексу, он включает ряд конкретных принципов, как например, следующие:

1. Психологи могут предлагать советы в книгах серии «Помоги себе сам», в телевизионных и радиопрограммах, в статьях в газетах и журналах, по почте и в других местах, при условии, что они действуют ответственно и профессионально и их советы основываются на соответствующей литературе и практике.
2. Психологи не должны фальсифицировать исследования, заниматься плагиатом или публиковать ложные данные. За прошедшие два десятилетия случаи научных подделок и некачественного проведения исследований обнаружились во всех науках, в том числе и в психологии. Эти поступки привели к неправильному пониманию важнейших вопросов, при этом научные исследования проводились в ложном

направлении и подорвали доверие публики. К сожалению, фальсифицированные данные могут в течение многих лет оказывать влияние на представления как простой публики, так и ученых (Pfeifer & Snodgrass, 1990).

3. Психологи, которые делают оценки и дают показания на суде, должны подтверждать свое мнение достаточной информацией и обосновывать данные. Если нельзя провести адекватное исследование человека, нормальность которого следует определить, психологи должны понимать ограниченный характер своих показаний.

4. Психологи не должны использовать своих клиентов или студентов сексуально или каким-то иным образом. Этот принцип связан с большой социальной проблемой сексуального домогательства, так же как и проблемой терапевтов, занимающихся сексом со своими клиентами. Кодекс, в частности, запрещает заводить сексуальные отношения с нынешним или бывшим клиентом, это ограничение простирается почти на два года после окончания терапии; и даже тогда такие отношения позволяют только в «самых необычных обстоятельствах». Более того, психологи не должны воспринимать как клиентов тех людей, с которыми у них до того были сексуальные отношения.

Сексуальные взаимоотношения с терапевтом могут принести большой эмоциональный вред клиенту (Lazarus, 1995; Sherman, 1993). Все большее число терапевтов теперь лечат клиентов, чья главная проблема состоит в том, что когда-то раньше они оказались жертвами сексуальных притязаний других врачей (Wincze et al., 1996; Pope & Vetter, 1991). Многие такие клиенты проявляют те же симптомы, что и люди с посттравматическим стрессом (Hankins et al., 1994).

Сколько терапевтов в действительности устанавливают сексуальные отношения с клиентом? Исследование 1977 года обнаружило, что 12,1% мужчин и 2,6% женщин-психологов признались, что вступали в сексуальный контакт с пациентами (Holroyd & Brodsky, 1977). Опрос 1989 года показал, что среди психотерапевтов 0,9% мужчин и 0,2% женщин вступали в сексуальный контакт с пациентами (Bogus & Pope, 1989).

Снижение процента, продемонстрированное в этих исследованиях, свидетельствует, что все меньше терапевтов вступают в сексуальные отношения с пациентами (Pope & Bouhoutsos, 1986; Walker & Young, 1986). Но может быть, дело просто в том, что современные терапевты реже признаются, даже анонимно, в своем проступке, который все в большем числе штатов считается уголовным преступлением? Так, по данным некоторых опросов, исследователи делают вывод, что более точной будет следующая оценка случаев секса с пациентами — 10% для мужчин-терапевтов и 3% для женщин-терапевтов (Hankins et al., 1994).

Несмотря на то, что подавляющее большинство терапевтов в поведении не проявляют сексуальности, превышающей профессиональные нормы, проблема состоит в их умении контролировать свои личные чувства. По данным одного из опросов, 72% терапевтов предавались сексуальным фантазиям о своих клиентах, хотя большинство утверждали, что это с ними случалось крайне редко (Pope & Brown, 1996; Pope et al., 1987). По данным других опросов, около 90% утверждали, что испытывали сексуальное влечение к клиенту по крайней мере один раз (Pope & Brown, 1996; Pope & Tabachnick, 1993; Pope et al., 1986).

5. Психологи должны соблюдать принцип конфиденциальности. Для того чтобы терапия была эффективной, а также для собственного спокойствия клиенты должны быть уверены, что их личные разговоры с терапевтом не будут разглашены (Smith-Bell & Winslade, 1994). Однако бывают такие ситуации, когда принцип полной конфиденциальности нужно нарушить. Терапевт, скажем, во время тренинга, должен регулярно обсуждать свои случаи с методистом. Клиенты в свою очередь должны быть проинформированы о таких беседах.

Второе исключение из принципа конфиденциальности возникает для амбулаторных пациентов, представляющих социальную опасность или способных на убийство. Дело 1976 года Тарасофф против администрации Калифорнийского университета — один из самых важных прецедентов, которые повлияли на взаимоотношения клиента и терапевта. Это дело касалось амбулаторного пациента университетской больницы, признавшегося терапевту, что хочет причинить боль своей бывшей подруге, Тане Тарасофф. Через несколько дней после окончания терапии бывший пациент сдержал свое обещание. Он заколол Таню Тарасофф до смерти.

Следовало ли в этом случае нарушить конфиденциальность? Терапевту действительно казалось, что он должен был это сделать. Он известил полицию кампуса, однако пациента отпустили после допроса. В своем иске родители жертвы заявили, что терапевт должен был предупредить их и их дочь, что пациент намеревался причинить

боль мисс Тарасофф. Верховный суд Калифорнии согласился: «Привилегия защиты прекращается там, где начинается опасность для общества». Современный кодекс этики для психологов, таким образом, провозглашает, что терапевты обязаны защищать людей, то есть они должны обнародовать конфиденциальную информацию даже без согласия клиентов, когда необходимо «защищать клиентов или других от возможной опасности». После решения по делу Тарасофф суды Калифорнии постановили, что терапевты должны также защищать людей, находящихся в близких отношениях с предполагаемой жертвой клиента и которые находятся в опасности. Ребенок, например, оказывается в опасности, если клиент планирует напасть на его мать. Судебные решения также говорят, что обязанность защищать применима только тогда, когда предполагаемый объект насилия — человек, а не собственность. Многие, но не все штаты согласились с постановлением калифорнийского суда или аналогичными постановлениями (Bloom, 1990; Pietrofesa et al., 1990), а в ряде штатов изданы специальные документы об обязанности защищать, в которых проясняются правила конфиденциальности для терапевтов и которые ограждают их от некоторых видов гражданских исков (Monahan, 1993).

<Судебные эксперты. Каждый сегмент сферы психиатрии имеет своих «судебных» специалистов, которые представляют их в судах и законодательных органах. Судебные психологи, психиатры и работники социальной сферы, как правило, проходят специальный тренинг и учатся оценивать нормальность подсудимых, давать рекомендации по правам пациентов и оценивать психологическую травму, переживаемую жертвой преступлений (Ladds, 1977).>

Конфиденциальность — принцип, заключающийся в том, что профессионалы не должны разглашать информацию, которую они получают от клиента.

Обязанность защищать — принцип, заключающийся в том, что терапевты должны нарушить конфиденциальность, чтобы защитить человека, который может стать предполагаемой жертвой клиента.

<Психологические заметки. По данным Бюро судебной статистики, 6% всех изнасилований, 8% грабежей и 16% нападений происходят на работе (Bureau of Justice Statistics, 1994).>

Психическое здоровье, бизнес и экономика.

Законодательная и судебные системы — не единственные социальные институты, с которыми взаимодействуют специалисты в области психического здоровья. Бизнес и экономика оказывают влияние на клиническую практику и сами находятся под ее воздействием.

Бизнес и психическое здоровье.

Психологические расстройства включены в десять основных типов расстройств и видов ущерба в США (Millar, 1984). Фактически, почти 12% всех служащих испытывают достаточно серьезные проблемы, которые могут повлиять на их работу. Психологические проблемы становятся причиной 60% всех неявок на работу, почти 90% всех несчастных случаев и 65% всех увольнений или уходов с работы (Кетр, 1994). Злоупотребление алкоголем и другие расстройства, связанные с различными веществами, особенно губительны для человека, они увеличивают неявку на работу почти в 6 раз, несчастные случаи увеличиваются в четыре раза, а текучесть кадров из-за таких злоупотреблений возрастает в 5 раз (Martin, Kraft & Roman, 1994; Wright, 1984). Мир бизнеса часто обращается к клиницистам, чтобы помочь предотвратить и исправить такие проблемы (Hantula & Reilly, 1996; Millar, 1990, 1984). Две наиболее эффективные программы — это программа помощи служащим и семинары по снижению стресса и разрешению проблем.

Программы помощи служащим осуществляют или профессиональные психологи, которые непосредственно работают в фирме, или приглашенные агентства, занимающиеся психическим здоровьем (Canty, 1996). В фирмах рекламируются такие программы, работникам рассказывают о психологических дисфункциях и учат методистов, как определить служащих с психологическими проблемами. Бизнесмены верят, что программы помощи служащим помогут им сберечь деньги, поскольку предотвратят ситуацию, когда психологические проблемы могут помешать выполнению работы (Sham, 1994), несмотря на то, что это утверждение еще требует

проверки в ходе исследований (Кемп, 1994).

Семинары по снижению стресса и разрешению проблем — это семинары или групповые сессии, в которых профессиональные психологи учат служащих, как справляться с проблемами, разрешать их и снимать стресс (Kagan et al., 1995). Программы такого рода проводятся как для руководителей высокого уровня, так и для рабочих на конвейере. Зачастую от служащих требуют посещения семинаров, которые могут длиться несколько дней и отнимают у них рабочее время. Опять-таки бизнесмены предполагают, что такие программы экономят деньги и помогают рабочим прийти в более здоровое состояние сознания, снизить дисфункции при выполнении работы и лучше выполнять свои обязанности.

Программа помощи служащим — программы по психическому здоровью, которые некоторые фирмы предлагают своим работникам.

Семинары по снятию стресса — семинары или групповые собрания, предлагаемые в некоторых фирмах, когда профессиональные психологи учат служащих, как справляться с проблемами, разрешать их и снимать стресс. Также известны как семинары по разрешению проблем.

Программа организации лечения — страховая программа, в которой страховая компания определяет затраты, специалистов и продолжительность лечения.

Система точной проверки — система, при которой клиницисты, которым платит страховая компания, могут периодически подвергаться проверке. Страховая компания проверяет состояние пациента и дает рекомендации по пролонгированию или прекращению страховых платежей.

<**Психологические заметки.** Более трех четвертей служащих в США включены в план программы по менеджменту лечения в силу своих потребностей поправить психическое здоровье (Open Minds, 1997, 1996).>

Экономика и психическое здоровье.

Мы уже видели, как экономические решения правительства могут повлиять на область психиатрии и психологии, в частности, на методы лечения людей с острыми психическими расстройствами. Например, желание штатов и федерального правительства снизить затраты сыграло важную роль в движении сокращения лечебных учреждений и увеличения амбулаторных больных, которое привело к тому, что многие пациенты были преждевременно выпущены из больниц. Экономические решения правительства могут оказать влияние на методы лечения других типов пациентов и программы лечения.

С одной стороны, за последние три десятилетия правительство увеличило средства на лечение людей с психологическими расстройствами с 3 миллиардов долларов в 1969 году до 61 миллиарда сегодня (Torrey, 1997; Redick et al., 1992). С другой стороны, по большей части эти деньги тратятся на поддержание минимального дохода, субсидирование жилья и тому подобное, а не напрямую на службу психического здоровья. Правительство уменьшает ассигнования на медицинские службы по психическому здоровью, правительственные средства покрывают менее половины всех затрат и по большей части расходы ложатся на плечи отдельных пациентов и их страховые компании (Taube, 1990).

Растущая экономическая роль частных страховых компаний оказывает значительное воздействие на способы работы клиницистов. Чтобы снизить расходы и проследить за платежами, которые они делают, многие компании разрабатывают программы по организации лечения, в которой страховая компания определяет, каких терапевтов могут выбрать клиенты, стоимость посещений, количество посещений, за которые клиент может получить возмещение.

Многие страховые компании, в частности те, которые разрабатывают программы по менеджменту лечения, теперь используют системы тщательной проверки, в которых клиницисты, работающие для страховой компании, периодически пересматривают программу лечения клиентов и рекомендуют, чтобы страховые выплаты были пролонгированы или прекращены. Как правило, страховщики требуют от терапевтов детальных отчетов или заметок о сессиях, а зачастую и личную информацию о пациенте (Stoline & Sharfstein, 1996; Appelbaum, 1993).

Многие терапевты и клиенты негативно относятся к таким программам по менеджменту лечения и проверкам. Они считают, что эти отчеты нарушают конфиденциальность, даже когда предпринимаются попытки защитить анонимность, и что ценность терапии в данном случае порой трудно обрисовать в кратком отчете. Они также считают, что приоритеты программ по менеджменту лечения неизбежно приводят к сокращению терапии, даже если в отдельных случаях полезнее было бы

долгосрочное лечение. Такие приоритеты могут также поощрять методы лечения, рассчитанные на быстрые результаты (например, медикаментозную терапию), а не более многообещающую долгосрочную терапию. Стали известны некоторые поистине ужасные истории о пациентах, которые преждевременно прекратили лечение в психиатрических клиниках и учреждениях, следуя таким программам по менеджменту лечения. Других клиницистов беспокоит, что систему терапии начинают регулировать страховые компании, а не врачи.

Человек и профессия.

Работа клиницистов, как исследователей, так и практиков, не только влияет на деятельность других учреждений и обусловлена этими учреждениями, но и тесно связана с личными потребностями и целями этих специалистов. Мы видели, что человеческие достоинства, несовершенства, мудрость или бестактность профессионалов-клиницистов может влиять на их реакцию на жалобы клиентов, их теоретическую ориентацию и выбор клиентов, с которыми они предпочитают работать. Мы также видели, как личностные характеристики порой могут вызывать нарушения профессиональных норм, и в крайних случаях ученые клиницисты подделывают результаты исследований, а практики вступают в сексуальную связь с клиентами.

Национальное исследование психического здоровья терапевтов показало, что 84% терапевтов сами по крайней мере однажды проходили терапию (Pope & Brown, 1996; Pope & Tabachnick, 1994). Причины для прохождения терапии были те же, что и у остальных клиентов: эмоциональные проблемы, депрессия, тревога. Как показывает статистика, 61% психотерапевтов переживают депрессию, 29% испытывали суицидные желания и 4% признавались, что пытались покончить с собой (Pope & Tabachnick, 1994). Не ясно, почему у такого количества терапевтов есть психологические проблемы. Их трудности могут быть результатом работы, связанной со стрессом; возможно также, что терапевты просто лучше осознают свои собственные негативные чувства или чаще стремятся пройти лечение; существует вероятность, что люди с личностными сложностями больше склонны выбирать работу клинициста. Независимо от причины, клиницисты приносят в работу собственные психологические проблемы и эмоции, которые влияют на то, как они слушают и реагируют на клиентов.

Наука о психопатологии и профессия психиатра предполагают стремление понять, предсказать и изменить патологическое функционирование. Однако мы не должны терять из виду окружающую среду, в которой проводятся исследования и лечение. Психиатры и психотерапевты — люди, и они работают ради других людей. Как мы видим из нашей книги, мы неизбежно обнаруживаем в них сочетание открытий, неправильно выбранных направлений, обещаний и фрустрации. Но если вдуматься, может ли изучение человеческого поведения и терапия проходить как-то иначе?

Резюме

Саморегуляция: в каждом направлении психотерапии существует определенный кодекс этики. Кодекс этики запрещает психологам заниматься мошенническими исследованиями и использовать клиентов или студентов в сексуальном плане или как-то иначе. Кодекс этики также устанавливает принципы уважения конфиденциальности пациентов. В деле Тарасофф против администрации Калифорнийского университета были определены некоторые ситуации, при которых терапевт должен нарушить конфиденциальность, чтобы защитить общество. Области психологии и психиатрии, бизнеса и экономики: клиницисты в своей работе взаимодействуют с экономическими и деловыми учреждениями. Например, клиницистов часто приглашают, чтобы предотвратить или решить психологические проблемы, возникающие на рабочем месте. Кроме того, частные страховые компании составляют программы по менеджменту лечения, эти программы влияют на характер и продолжительность терапии.

Человек и его профессия: личные потребности и цели людей, которые проводят исследования или лечат других, влияют на их деятельность. Личностные факторы неизбежно обуславливают выбор и даже качество их работы.

<«Я провел... два часа, болтая с Эйнштейном... Он веселый, уверенный в себе и приятный и понимает в психологии столько же, сколько я в физике, поэтому мы очень хорошо с ним поладили». — Зигмунд Фрейд, 1927>

Подводя итоги.

Некогда клиницисты и психотерапевты работали в изоляции. Сегодня их деятельность тесно взаимосвязана с другими учреждениями, судебными, законодательными и экономическими сферами. Одна из причин этой растущей взаимозависимости состоит в том, что психиатрия в нашем обществе получила большое признание. Клиницисты помогают миллионам людей; они вносят свой вклад в разных областях — от образования до экологии, и к ним обращаются за экспертизой. Когда та или иная область получает такое признание, она неизбежно влияет и на другие общественные институты. Эта область начинает привлекать внимание других институтов, которые присматриваются к деятельности ее специалистов.

Когда сегодня люди, страдающие от психологических проблем, стремятся получить помощь терапевта, они попадают в систему с взаимосвязанными частями. Точно так же как их проблемы связаны с социальной структурой, так и на лечение повлияют все части большой системы — ценности и потребности терапевта, закон и экономика, общественные установки и другие силы. Эти силы влияют и на клинические исследования.

Такая система может оказывать позитивные и негативные воздействия на индивидуальные психологические потребности, похожие на те воздействия, которые оказывает на человека семья. Когда система защищает права клиентов, например, обеспечивает конфиденциальность, то она помогает клиенту. Однако в том случае, когда экономические, судебные или другие общественные силы ограничивают выбор терапии, преждевременно прерывают лечение или навешивают на человека ярлык, то такая система лишь усугубляет проблемы пациента.

Стремительное развитие влияния профессии психиатра и психотерапевта привело к тому, что становится очень важно точно понимать силы и слабости профессии. Как мы уже видели, в этой области накоплено много знаний, особенно за прошедшие несколько десятилетий. Все же то, что профессиональные психиатры не знают и не могут, перевешивает то, что они знают и могут делать. Каждый, кто обратится к клинической области — прямо или косвенно, — должен понять, что эта область еще молода и несовершенна. Общество нельзя обвинять за любопытство к поведению человека и поиску информации о психиатрической помощи, поскольку все в обществе прекрасно понимают, что эта область находится на распутье.

<Суд общественного мнения. Другие общественные силы, влияющие на психиатрию и психологию, — масс-медиа и искусство. Роман Кена Кизи 1950 года (а позднее пьеса и фильм) «Пролетая над гнездом кукушки» приоткрыл важнейшие проблемы в процедурах принудительного лечения и в качестве медицинского обслуживания во многих психиатрических больницах. Этот роман и другие произведения пробудили тревогу у публики и способствовали изменениям в 1960-х и 1970-х годах.>

Ключевые термины

Принудительное лечение для преступников

Признание невиновности на основании невменяемости

Тест М'Негтена

Тест на непреодолимый импульс

Тест Дэрема

Тест американского института права

Виновен, но психически болен

Виновен с ограниченной компетентностью

Насильники (сексуальные), страдающие психическими расстройствами

Принудительное лечение законопослушных граждан

Отец родины

Власть полиции

Минимальные нормы для доказательств

Заключение двух врачей

Право на лечение

Система защиты

Право на отказ от лечения

Психохирургия

Электрошоковая терапия

Преследование за преступную халатность

Выбор присяжных — jury selection

Профессиональные ограничения

Этический кодекс
Конфиденциальность
Обязанность защищать
Программы помощи служащим
Семинары по снятию стресса
Программа по организации лечения
Система детальной проверки

Контрольные вопросы

1. Коротко объясните, что такое тесты М'Негтена, тест на непреодолимый импульс, тест Дэрема и тест Американского института права на психическую невменяемость.
2. Какие тесты используются в наше время для определения того, что подозреваемые не виновны на основании психической ненормальности?
3. Поясните, что такое вердикты: «виновен, но психически болен», «виновен, но с ограниченной компетентностью», «насильник с психическим расстройством».
4. Каковы основания и процесс определения того, что подозреваемый является психически некомпетентным и не может предстать перед судом?
5. Каковы основания для принудительного лечения граждан, не являющихся преступниками? Какая критика раздавалась в адрес принудительного лечения законопослушных граждан?
6. Какие права гарантируют судебные и законодательные постановления для пациентов с психическими расстройствами?
7. Как системы суда и законодательства обуславливают ограничения практики клиницистов?
8. Какие ключевые темы затрагивает кодекс этики психологов? При каких условиях терапевт должен нарушить принцип конфиденциальности?
9. Какие программы для предотвращения и лечения психологических проблем были созданы в сфере бизнеса?
10. Какие тенденции проявляются в последнее время в ассигновании средств и страховании служб психиатрии?

Приложение. Диагностическая таблица DSM-IV.

Критерии, требуемые для постановки диагноза

[Для большинства заболеваний при постановке диагноза следует быть уверенным, что наблюдаемые симптомы не являются следствием лечения (других заболеваний) или симптомами другого психического расстройства. У детей критерии диагностики могут отличаться.]

Генерализованное тревожное расстройство

1. Чрезмерное или постоянное чувство тревоги и волнения по поводу множества самых разнообразных жизненных ситуаций, ощущаемое в течение 6 месяцев (и более).
2. Сложности совладения с волнением.
3. Наличие по крайней мере трех из нижеследующих симптомов: беспокойство, быстрая утомляемость, раздражительность, мышечное напряжение, нарушение сна.
4. Выраженный дистресс или ухудшение.

Специфическая (изолированная) фобия

1. Выраженное и постоянное, чрезмерное или необоснованное чувство страха перед каким-либо определенным объектом или определенной ситуацией, наблюдающееся на протяжении 6 месяцев и более.
2. Беспокойство, незамедлительно возникающее при встрече с этим объектом.
3. Признание факта неадекватности или необоснованности опасений.
4. Избегание пугающей ситуации.
5. Выраженный дистресс или ухудшение.

Социальная фобия

1. Выраженное и постоянное чрезмерное или необоснованное чувство страха перед определенной ситуацией, которая может возникнуть на работе или в социальном окружении, включая встречу с незнакомыми людьми и возможность критики со

- стороны других. Озабоченность собственным самоунижением или смущением.
2. Беспокойство, вызываемое возникновением подобных ситуаций.
 3. Признание факта неадекватности или необоснованности опасений.
 4. Избегание пугающей ситуации.
 5. Выраженный дистресс или ухудшение.

Агорафобия

1. Тревога или страх оказаться в ситуации, уход из которой будет связан с внешними трудностями или внутренним беспокойством или в которой не будет помощи, когда наступит паника.
2. Ситуации избегаются, тяжело переносятся или могут переноситься нормально только в присутствии компаньона (другого человека).

Паническая атака

1. Дискретный период сильного страха, при котором внезапно развиваются и в течение 10 минут достигают пика как минимум четыре из нижеследующих симптомов:

- усиление или учащение сердцебиения;
- активное потоотделение;
- мелкая или крупная дрожь;
- чувство нехватки воздуха или удушье;
- ощущение шокированности;
- дискомфорт или боль в груди;
- тошнота или неприятные ощущения в животе;
- головокружение, ощущение ненормальной легкости или тяжести;
- дереализация или деперсонализация;
- страх потерять контроль или сойти с ума;
- страх смерти;
- чувство оцепенения или покалывания;
- приливы жара или холода.

Паническое расстройство

1. Периодически повторяющиеся неожиданные панические атаки.
2. В течение как минимум месяца после одной из атак отмечается хотя бы один из нижеследующих симптомов:
 - озабоченность возможностью новых атак;
 - беспокойство по поводу атак или их последствий;
 - значительные изменения в поведении, обусловленные атаками.

Обсессивно-компульсивное расстройство

1. Повторяющиеся навязчивые мысли (обсессии) или навязчивые действия (компульсии).
2. Понимание в прошлом или в настоящем, что обсессии и компульсии неадекватны или бессмысленны.
3. Симптомы наблюдаются по часу в день и более или имеют место выраженный дистресс или значимое ухудшение.

Посттравматическое стрессовое расстройство

1. В анамнезе — переживание или встреча с событиями, повлекшими чью-либо смерть, тяжелую травму или значительную угрозу жизни и здоровью больного или его близких. В ответ на эти события — переживание сильного страха, ужаса, чувства беспомощности.
2. Событие вновь и вновь переживается больным (возможны следующие варианты):
 - периодически повторяющиеся мучительные воспоминания;
 - периодически повторяющиеся мучительные сны, иллюзии, «кадры из прошлого» или ощущение повторного переживания этих событий;
 - дистресс, вызванный этими воспоминаниями;
 - соматические расстройства, вызванные воспоминаниями.
3. Постоянное избегание чего-либо, что могло бы напоминать о тех событиях, субъективное чувство «онемения», отчужденности или отсутствия эмоциональной реакции.
4. По крайней мере два из нижеследующих симптома возбуждения:
 - проблемы со сном;
 - раздражительность;
 - плохая концентрация;
 - повышенная пугливость.
5. Значительный дистресс или ухудшение с симптомами, длящимися по меньшей мере

один месяц.

Депрессивный эпизод

1. В течение двухнедельного периода наличие по крайней мере пяти из нижеследующих симптомов, отмечаемых практически ежедневно:

- пониженное в течение большей части дня настроение;
- явное снижение интереса к источникам удовольствия в течение большей части дня;
- выраженная потеря веса или прибавка в весе, снижение или повышение аппетита;
- бессонница или повышенная сонливость;
- психомоторное возбуждение или заторможенность;
- чувство усталости;
- ощущение бесполезности или повышенное чувство вины;
- снижение внимания, мыслительных способностей, нерешительность;
- периодически повторяющиеся мысли о смерти или о суициде, попытка или планирование самоубийства.

2. Выраженный дистресс или ухудшение.

Депрессивное расстройство

1. Наличие депрессивного эпизода.

2. Отсутствие в анамнезе маниакальных или гипоманиакальных эпизодов.

Дистимическое расстройство (дистимия)

1. Снижение настроения в течение большей части дня (с преобладанием таких дней) на протяжении двух лет и более.

2. Во время пониженного настроения присутствуют по крайней мере два из нижеследующих признаков:

- снижение аппетита или переедание;
- бессонница или повышенная сонливость;
- чувство усталости;
- низкая самооценка;
- снижение концентрации, трудности с принятием решения;
- чувство беспомощности.

3. В течение двух лет симптомы не исчезают на срок больший, чем два месяца.

4. Отсутствие в анамнезе маниакальных или гипоманиакальных эпизодов.

5. Выраженный дистресс или ухудшение.

Маниакальный эпизод

1. Период ненормально и постоянно повышенного, экспансивного или раздражительного настроения, продолжающийся не менее недели.

2. Постоянное присутствие как минимум трех симптомов из нижеследующих:

- завышенная самооценка или чувство грандиозности;
- снижение потребности в сне;
- повышенная разговорчивость, навязчивость в разговоре;
- скачки мыслей, ощущение полета мысли.

3. Выраженный дистресс или ухудшение.

Биполярное расстройство I типа

1. Наличие маниакального, гипоманиакального эпизода или депрессивного эпизода.

2. Если на данный момент имеет место гипоманиакальный или депрессивный эпизод, в анамнезе присутствовал маниакальный эпизод.

3. Выраженный дистресс или ухудшение.

Биполярное расстройство II типа

1. Наличие гипоманиакального или депрессивного эпизода.

2. Если на данный момент наблюдается гипоманиакальный эпизод — наличие в анамнезе депрессивного эпизода; если имеет место депрессивный эпизод — наличие в анамнезе гипоманиакального эпизода. Маниакальных эпизодов в прошлом не отмечалось.

3. Выраженный дистресс или ухудшение.

Симулятивное расстройство

1. Намеренное вызывание или имитация физических симптомов.

2. Эти действия вызваны желанием исполнять роль больного/ больной.

3. Отсутствие экономических или иных причин для подобного поведения.

Конверсионное расстройство

1. Наличие одного или более симптомов поражения органов чувств или произвольной моторики, обусловленных неврологическими или общесоматическими причинами.

2. Считается, что психологические факторы связаны с этими симптомами или расстройствами.

3. Нет преднамеренного вызывания или имитации этих симптомов или расстройств.
4. Симптом или расстройство не могут быть полностью объяснены общесоматическим состоянием.
5. Выраженный дистресс или ухудшение.

Соматизированное расстройство

1. В анамнезе — большое количество соматических жалоб, возникших до 30-летнего возраста. Эти жалобы отмечаются в течение нескольких лет; проводимое лечение не купировало их или привело к ухудшению.
2. Жалобы, отмечаемые в течение этого периода, включают в себя все из нижеследующих:
 - четыре разновидности болевых симптомов;
 - два симптома поражения желудочно-кишечного тракта;
 - один симптом нарушений в сексуальной сфере;
 - один симптом по типу неврологического расстройства.
3. Данные жалобы не могут быть полностью объяснены общесоматическим состоянием или приемом лекарств или продолжительность жалоб значительно выше обычных сроков при подобных же состояниях.
4. Нет преднамеренного вызывания или имитации симптомов.

Болевое расстройство, связанное с психологическими факторами

1. Первичной проблемой является выраженная боль.
2. В возникновении, интенсивности, обострении или продолжительности болевого синдрома ведущая роль отводится психологическим факторам.
3. Нет преднамеренного вызывания или имитации симптома.
4. Выраженный дистресс или ухудшение.

Ипохондрия

1. В течение 6 месяцев и более — сверхзабоченность опасениями или убежденностью в серьезном заболевании, основанными на неверной интерпретации симптомов.
2. Сохранение этой озабоченности несмотря на адекватное медицинское обследование и разуверения.
3. Отсутствие галлюцинаций.
4. Выраженный дистресс или ухудшение.

Дизморфофобия

1. Убежденность в явном или преувеличенном недостатке собственной внешности.
2. Выраженный дистресс или ухудшение.

Психологические факторы, влияющие на соматическое заболевание

1. Присутствие общесоматического заболевания.
2. Психологические факторы неблагоприятно влияют на это заболевание по одному из нижеследующих механизмов:
 - прямое воздействие на течение заболевания;
 - взаимодействие с процессом лечения соматического заболевания;
 - появление добавочной опасности для здоровья;
 - физиологическая реакция на стресс убыстряет развитие заболевания или утяжеляет его течение.

Нервная анорексия

1. Отказ от поддержания веса тела на уровне выше минимального для данного роста и возраста.
2. Сильный страх прибавки в весе, даже при недостаточном весе.
3. Нарушенное восприятие тела, неадекватное влияние веса и фигуры на психику или отрицание серьезности проблемы малого веса.
4. Аменорея у половозрелых женщин.

Нервная булимия

1. Периодически повторяющиеся эпизоды обжорства.
2. Периодически повторяющееся неадекватное компенсаторное поведение, направленное на предотвращение прибавки веса.
3. Симптомы продолжаются в среднем не менее двух раз в неделю в течение трех месяцев.
4. Неадекватное влияние веса и фигуры на психику.

Злоупотребление психоактивными веществами

1. Дезадаптивный паттерн употребления психоактивных веществ, приводящий к выраженному дистрессу или ухудшению.
2. В течение года справедливо хотя бы одно из следующих положений:
 - периодически повторяющийся прием психоактивных веществ, приводящий к

- невыполнению основных обязанностей на работе, в школе или дома;
- периодически повторяющийся прием этих веществ в ситуациях, опасных для здоровья;
 - неоднократные проблемы с законом на почве злоупотребления психоактивными веществами;
 - употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

Зависимость от психоактивных веществ

1. Деадаптивный паттерн употребления психоактивных веществ, приводящий к выраженному дистрессу или ухудшению.
2. Три и более из нижеследующих симптомов:
 - толерантность;
 - синдром отмены;
 - психоактивные вещества употребляются чаще и в больших дозах, чем хотелось бы;
 - постоянное желание или безуспешные попытки контролировать употребление психоактивных веществ;
 - значительная часть времени тратится на получение, употребление психоактивных веществ и восстановление после их приема;
 - употребление психоактивных веществ за важным делом;
 - употребление психоактивных веществ, продолжающееся несмотря на возникающие или возрастающие в этой связи проблемы в личной и социальной жизни.

Гипоактивное расстройство полового влечения

1. Постоянный или периодически повторяющийся пониженный уровень сексуального желания, уменьшение сексуальных фантазий.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Аверсивное сексуальное расстройство

1. Постоянные или периодически повторяющиеся отвращение и избегание генитального контакта с сексуальным партнером.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Недостаточность генитальной реакции у женщин

1. Постоянная или периодически повторяющаяся невозможность добиться адекватной выработки смазки или реакции потовых желез в ответ на половое возбуждение или невозможность поддержать работу этих процессов до окончания половой активности.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Нарушение эрекции у мужчин

1. Постоянная или периодически повторяющаяся невозможность добиться адекватной эрекции или сохранить ее до окончания сексуальных действий.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Оргазмическая дисфункция у женщин

1. Постоянная или периодически повторяющаяся задержка или отсутствие оргазма после нормальной завершающей фазы коитуса.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Оргазмическая дисфункция у мужчин

1. Постоянная или периодически повторяющаяся задержка или отсутствие оргазма после нормальной завершающей фазы коитуса.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Преждевременная эякуляция

1. Постоянное или периодически повторяющееся наступление эякуляции после минимальной эротической стимуляции до проникновения во влагалище, во время или вскоре после проникновения и ранее желаемого срока.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Вагинизм

1. Постоянный или периодически повторяющийся непроизвольный спазм мышц, окружающих вход во влагалище, препятствующий половому акту.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Диспареуния

1. Постоянная или периодически повторяющаяся боль в гениталиях, возникающая во время коитуса у мужчин или женщин.
2. Выраженный дистресс или ухудшение межличностных отношений.

Парафилии

1. Периодически повторяющиеся, выраженные сексуальные фантазии, сексуальные действия или сексуальное поведение, включающие определенные неадекватные

стимулы или ситуации (самоунижение и/или самоунижение или аналогичные действия в отношении партнера; влечение к детям или иным несоответствующим лицам; влечение к иным, нежели человек, объектам).

2. Выраженный дистресс или ухудшение.

Нарушение половой идентификации

1. Устойчивая транссексуальная идентификация (например, стабильное желание сменить пол; поведение, свойственное другому полу; желание жить и быть принятым/принятой окружающими как лицо противоположного пола или убежденность в том, что свои чувства и реакции типичны для противоположного пола).

2. Постоянный дискомфорт, связанный со своим полом, или чувство несоответствия гендерной роли своего пола (например, сверхценная идея избавиться от первичных или вторичных половых признаков или убежденность в «ошибочности» своего рождения с данным полом).

3. Выраженный дистресс или ухудшение.

Шизофрения

1. Как минимум, два симптома из нижеследующих, каждый из которых присутствует значительную часть времени в течение месяца:

- иллюзии;
- галлюцинации;
- дезорганизация речи;
- значительная дезорганизация поведения или кататонические состояния;
- негативная симптоматика.

2. Уровень функционирования значительно ниже такового до развития заболевания.

3. Продолжительные патологические симптомы, отмечаемые в течение шести месяцев и более, причем как минимум в один из них симптоматика полная и выраженная (в противоположность скрытому течению).

Диссоциативная амнезия

1. Один или более эпизодов невозможности вспомнить значимую информацию (обычно посттравматической или стрессовой природы), слишком выраженные, чтобы расценивать их как обычную забывчивость.

2. Выраженный дистресс или ухудшение.

Диссоциативная фуга

1. Внезапный, неожиданный отъезд из дома или с места постоянной работы, сопровождаемый невозможностью вспомнить свое прошлое.

2. Сомнения в своей личности или восприятие себя как новой (другой) личности.

3. Выраженный дистресс или ухудшение.

Диссоциативное расстройство личности (расщепление личности)

1. Самоидентификация как две и более независимые личности.

2. Поведение обусловлено как минимум двумя из этих «личностей».

3. Невозможность вспомнить значимую информацию, слишком выраженная, чтобы расценивать ее как обычную забывчивость.

Амнезия как следствие соматического заболевания

1. Расстройство памяти.

2. Значительная социальная или профессиональная дезадаптация, невозможность функционировать на прежнем уровне.

3. Нарушение является прямым физиологическим следствием общего соматического состояния или физической травмы.

Деменция по типу болезни Альцгеймера

1. Развитие множественных когнитивных нарушений, проявляющихся как расстройством памяти, так и по крайней мере одним из нижеследующих симптомов поражения когнитивной сферы:

- афазия;
- апраксия
- сложности внешнего контроля больного.

2. Значительная социальная или профессиональная дезадаптация.

3. Постепенно возникающий и развивающийся распад личности.

Расстройство личности

1. Устойчивый паттерн внутренних ощущений и поведения, значительно отклоняющихся от ожидаемых в среде, с вовлечением как минимум двух сфер из нижеперечисленных:

- сознание;

- эффективность;
 - межличностные взаимодействия;
 - контроль импульсивности.
2. Паттерны ригидны и охватывают широкий спектр ситуаций из личной и социальной жизни.
 3. Паттерны стабильны и продолжительны, они могут быть анамнестически отслежены до подросткового или юношеского возраста.
 4. Выраженный дистресс или ухудшение.

Тревожное расстройство, вызванное разлукой

1. Выраженные опасения о возможности разлуки с домом или близкими, включающие как минимум три из нижеследующих симптомов:
 - периодически наблюдаемый чрезмерный дистресс, отмечаемый во время разлуки с домом или значимыми людьми;
 - постоянное и чрезмерное беспокойство о возможной потере значимых людей или о возможности несчастного случая с ними;
 - постоянное и необоснованное беспокойство о том, что неожиданное событие произойдет сразу после разлуки с близким;
 - нежелание идти в школу или куда-либо еще вследствие страха потери;
 - постоянный, необоснованный страх или нежелание оставаться одному/одной или без значимых людей;
 - нежелание спать, если рядом нет значимого человека или нежелание спать вдали от дома;
 - повторяющиеся ночные кошмары со сценами разлуки;
 - повторяющиеся соматические жалобы, возникающие при разлуке со значимыми людьми.
2. Длительность течения — 4 недели и более.
3. Начало заболевания — до 18 лет.
4. Выраженный дистресс или ухудшение.

Девиантное расстройство

1. Паттерны негативизма, враждебного и вызывающего поведения, наблюдающиеся как минимум 6 месяцев, в течение которых часто отмечаются не менее четырех из нижеследующих явлений:
 - снижение настроения;
 - склонность к спорам со взрослыми;
 - активный протест или отказ следовать запросам и правилам взрослых;
 - преднамеренное раздражение людей;
 - обвинение других в своих ошибках и неверном поведении;
 - обидчивость или тенденция к высокой раздражимости окружающими людьми;
 - гневливость и возмущение;
 - злоба или мстительность.
2. Выраженное ухудшение.

Расстройства поведения

1. Повторяющиеся, устойчивые паттерны поведения, при которых нарушаются соответствующие возрасту права и нормы, с наличием трех и более из нижеследующих в течение последних 12 месяцев (и еще одного — в течение последних 6 месяцев);
 - часто — грубость и угрозы в адрес других;
 - часто — провокация к дракам;
 - использование опасного оружия;
 - физическая жестокость к людям;
 - физическая жестокость к животным;
 - открытое воровство;
 - принуждение к сексуальным действиям;
 - поджигательство;
 - умышленная порча чужого имущества;
 - взлом квартир, машин и общественных зданий;
 - часто — «командование» другими;
 - тайное похищение ценных предметов;
 - частые поздние прогулки, начавшиеся до 13 лет;
 - побеги из дому на ночь, по крайней мере дважды;
 - частые прогулы школы, начавшиеся до 13 лет.
2. Выраженное ухудшение.

Синдром дефицита внимания с гипердинамическим синдромом

1. Присутствие двух групп симптомов:

(а) По меньшей мере шесть симптомов невнимательности, отмечаемые на протяжении шести месяцев и более, на дезадаптивном и несогласующемся с развитием уровне:

- часто — невозможность заострить внимание на деталях или ошибки по невнимательности;
- часто — трудности удерживать внимание;
- часто — неумение слушать непосредственно адресованную речь;
- нередко — неудачи в попытках следовать инструкциям, невозможность завершить дело;
- неорганизованность;
- избегание, недолюбивание и нежелание выполнять задания, требующие длительного умственного напряжения;
- частые случаи потери нужных вещей;
- отвлекаемость на посторонние стимулы;
- забывчивость в ежедневных делах.

(б) По меньшей мере шесть симптомов гиперактивности—импульсивности, отмечаемые на протяжении шести месяцев и более, на дезадаптивном и несогласующемся с развитием уровне:

- суетливые движения кистей и стоп или ерзание;
- частое брожение по классу или в похожих ситуациях;
- частые бег и лазание в неадекватных ситуациях;
- часто — сложности играть спокойно или тихо проводить досуг;
- часто — разнообразные действия «на ходу» или поведение «как заведенного»;
- часто — чрезмерная болтливость;
- нередко — начало ответа предшествует завершению вопроса;
- нетерпеливость;
- частое перебивание других или вмешательство не в свое дело.

2. Наличие некоторых из этих симптомов до 7 лет.

3. По крайней мере в двух коллективах — проблемы, обусловленные симптомами.

4. Выраженное ухудшение.

Энурез

1. Повторяющееся мочеиспускание в постель или в одежду.

2. Подобные явления отмечаются по крайней мере 2 раза в неделю в течение трех месяцев подряд или имеет место выраженный дистресс или ухудшение.

3. Биологический возраст (или эквивалентный уровень развития) — не менее 5 лет.

Энкопрез

1. Повторяющаяся дефекация в неподходящих местах (в одежду, на пол и т. д.).

2. Подобные явления отмечаются по крайней мере 1 раз в месяц в течение трех месяцев подряд.

3. Биологический возраст (или эквивалентный уровень развития) — не менее 4 лет.

Аутистическое расстройство

1. Постоянное наличие по меньшей мере шести признаков из следующих групп симптомов.

(а) Затруднения в социальных взаимоотношениях, проявляющиеся как минимум двумя симптомами из перечисленных далее:

- очевидные проблемы в невербальном общении (нарушен контакт глаз, мимика, поза и жесты);
- невозможность адекватно общаться на равных;
- недостаточное стремление искать общие с другими интересы, цели и удовольствия;
- недостаточный уровень социального или эмоционального взаимодействия.

(б) Затруднения в общении, включающие в себя хотя бы одно из нижеследующего:

- задержка (или полная недостаточность) развития разговорной речи;
- у людей с адекватным развитием речи — явное затруднение в инициации или поддержании разговоров с другими;
- стереотипные, повторяющиеся фразы или идиосинкразическая речь;
- неспособность притворяться и имитировать.

(в) Ограниченные повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения и интересов, по крайней мере один из них:

- ненормальная приверженность одному или более стереотипному и ограниченному паттерну желаний;
- строгое соблюдение особых, бесполезных действий и ритуалов;

- стереотипные повторяющиеся движения (например, похлопывание или вращательные движения пальцев рук или кистей);
 - постоянная переоценка деталей предметов.
2. В возрасте до трех лет — задержка или нарушения социализации, развития речи, или символические игры.

Задержка психического развития

1. Уровень интеллекта — явно ниже среднего: при выполнении теста на коэффициент интеллекта показатель IQ меньше или равен 70.
2. Сопутствующие нарушения или недостаточность адаптации в двух и более областях, перечисленных ниже:
 - самообслуживание;
 - домашняя жизнь;
 - социальные/коммуникативные навыки;
 - использование общедоступных благ цивилизации;
 - способность управлять своими действиями;
 - функциональные академические умения;
 - работа;
 - досуг;
 - здоровье;
 - самосохранение.
3. Начало симптоматики — до 18 лет.

Глоссарий.

A

Автоматические мысли (automatic thoughts) — неприятные мысли, которые возникают у человека, способствуя возникновению или сохранению депрессии, тревоги или других видов психологической дисфункции.

Агорафобия (agoraphobia) — обширная фобия, при которой люди, страдающие ею, боятся покидать свой дом и посещать общественные места или попадать в ситуации, где, как они считают, можно испытать тревожащие симптомы и оказаться не в состоянии справиться с ними или получить помощь.

Аксиальная компьютерная томография (computerized axial tomography) — послойный снимок мозга, получаемый в результате наложения рентгеновских снимков с разных углов.

Аксон (axon) — длинное волокно, выступающее из тела нейрона.

Алкалоид спорыньи (ergot alkaloid) — естественно возникающее соединение, из которого получают ЛСД.

Алкоголизм (alcoholism) — паттерн поведения, когда человек постоянно злоупотребляет алкоголем или у него возникает зависимость от алкоголя.

Алкоголь (alcohol) — любой напиток, содержащий этиловый спирт, в том числе пиво, вино и водка.

Алкоголь дегидрогеназа (alcohol dehydrogenaza) — фермент, разрушающий алкоголь в желудке, прежде чем он попадет в кровь.

Алкогольная депрессия (delirium tremens) — сильная реакция воздержания, переживаемая некоторыми людьми, зависимыми от алкоголя; проявляется в психической спутанности, помрачении сознания и ужасными визуальными галлюцинациями. Также называется *делирием алкогольного отвыкания*.

Алкогольный (фетальный) синдром плода (fetal alcohol syndrome) — группа проблем у ребенка, включая пониженное интеллектуальное функционирование, низкий вес при рождении и неправильные черты лица и форму рук, обусловленных чрезмерным потреблением алкоголя матерью во время беременности.

Алогия (alogia) — симптом шизофрении, когда у человека ухудшаются речевые способности и содержание речи становится неясным. Этот симптом называют также *бедность речи*.

Алпразолам (alprazolam) — транквилизатор из группы бензодиазепинов, эффективен при лечении тревожных состояний. На рынке выпускается с названием

Ксанакс.

Альтруистическое самоубийство (altruistic suicide) — самоубийство, которое совершается людьми, намеренно приносящими свою жизнь в жертву общественному благу.

Амбулаторное лечение (outpatient) — обстановка для лечения, в которой человек регулярно посещает терапевта, но не остается в больнице.

Аменорея (amenorrhea) — отсутствие менструальных циклов.

Амнезия (amnesia) — потеря памяти.

Амнестические расстройства (amnesic disorders) — органические расстройства, основным симптом которых — потеря памяти.

Аминазин (chlorpromazine) — лекарство, содержащее фенотиазин, как правило, использовавшееся для лечения шизофрении. На рынке продается под маркой *Торазин*.

Амниоцентез (amniocentesis) — пренатальная процедура, используемая, чтобы протестировать амниотическую жидкость, окружающую плод, с целью выявить возможные врожденные дефекты у эмбриона.

Амфетамин (amphetamine) — психостимулятор.

Анаклитическая депрессия (anaclitic depression) — депрессивная модель поведения, обнаруживаемая у очень маленьких детей и вызванная их разлукой с матерью.

Аналоговый эксперимент (analogue experiment) — метод исследования, при котором экспериментатор воспроизводит у испытуемых в лаборатории поведение, напоминающее патологию, а затем проводит с ними эксперименты.

Анальная стадия (anal stage) — в психоаналитической теории — это вторые 18 месяцев жизни младенца, когда центр удовольствия у ребенка смещается к анусу.

Анестезия (anesthesia) — ослабление или утрата ощущения прикосновения или боли.

Анксиолитики (anxiolytics) — лекарства, снижающие тревогу.

Аннулирование — защитный механизм Эго, заключающийся в том, что человек бессознательно нейтрализует неприемлемое желание или действие, исполняя другое действие.

Анонимные алкоголики (Alcoholics Anonymous (AA)) — организация самопомощи, предоставляющая поддержку и руководство для людей, зависимых от алкоголя и злоупотребляющих им.

Антабус (дисульфирам) (antabuse (disulfiram)) — лекарство, вызывающее тошноту, рвоту, усиленное сердцебиение и головокружение при одновременном употреблении с алкоголем. Его часто назначают людям, пытающимся воздержаться от употребления алкоголя.

Антероградная амнезия (anterograde amnesia) — неспособность вспомнить новую информацию, усвоенную человеком после события, спровоцировавшего амнезию.

Антиген (antigen) — посторонний агент, вторгающийся в тело, например, бактерия или вирус.

Антидепрессанты (antidepressant drugs) — психотропные лекарства, улучшающие настроение людей, страдающих депрессией.

Антидепрессанты второго поколения (second-generational antidepressants) — новые лекарства антидепрессанты, структурно отличающиеся от трициклических антидепрессантов и ингибиторов моноаминоксидазы.

Антипсихотические лекарства (antipsychotic drugs) — психотропные лекарства, которые помогают снять помрачение сознания, галлюцинации и бред, наблюдаемые при психотических расстройствах.

Антисоциальное расстройство личности (antisocial personality disorder) — расстройство личности, характеризующееся общим паттерном неуважения и нарушения прав других людей.

Антитела (antibodies) — вещества, вырабатываемые в организме, которые находят и уничтожают посторонние вредные агенты, например, бактерии или вирусы.

Аппарат вакуумной эрекции (vacuum erection device) — нехирургическое устройство, которое можно применять для получения эрекции. Оно состоит из полого цилиндра, помещающегося на пенис и связанного с ручным насосом.

Астма (asthma) — заболевание, характеризующееся сужением трахеи и бронхов, приводящее к недостатку дыхания, кашлю, одышке и ощущению нехватки воздуха.

Атрибуция (attribution) — объяснение определенными причинами того, что вокруг нас происходит.

Аура (aura) — ощущение, предшествующее мигрени и предупреждающее о ее появлении.

Аутистическое расстройство (autistic disorder) — длительное расстройство, для которого характерны крайняя неотзывчивость к другим людям, плохие коммуникационные навыки и повторяющееся, ригидное поведение. Также известно как *аутизм*.

Аутоэротическая асфиксия (autoerotic asphyxia) — фатальная нехватка кислорода, возникающая, когда человек подвешивает себя, душит или сжимает себе горло во время мастурбации.

Аффект (affect) — переживание эмоции или настроения.

Аффект притупления (уплощения) (blunted affect) — симптом шизофрении, когда человек проявляет меньше эмоций, чем большинство людей.

Ацетилхолин (acetylcholine) — нейротрансмиттер.

Б

Базовые данные (baseline data) — первоначальный уровень реакции в тесте или в оценочной шкале.

Базовые иррациональные предположения (basic irrational assumptions) — согласно Альберту Эллису, ошибочные и нецелесообразные убеждения, свойственные людям с различными психологическими проблемами.

Барбитураты (barbiturate) — группа седативно-снотворных лекарств, вызывающих привыкание, которые используются для ослабления беспокойства или для того, чтобы человек заснул.

Барорецепторы (baroreceptors) — чувствительные нервы в кровеносных сосудах, отвечающие за подачу в мозг сигналов о том, что давление крови становится слишком высоким.

Батарея тестов (battery) — серия тестов, каждый из которых определяет область специфических навыков.

Безнадежность (hopelessness) — пессимистическое представление о том, что существующие в данный момент обстоятельства, проблемы и настроение не изменятся.

Безусловное позитивное отношение (unconditional positive regard) — полное, сердечное принятие человека, независимо от того, что он или она говорит, думает или чувствует; главный компонент в клиент-центрированной терапии.

Безусловное реагирование (unconditioned response) — естественное автоматическое реагирование, вызванное безусловным стимулом.

Безусловный стимул (unconditioned stimulus) — стимул, приводящий к автоматической, естественной реакции.

Бензодиазепины (Benzodiazepines) — самая распространенная группа успокаивающих средств, к ним, в частности, относятся Валиум (Valium) и Ксанакс (Xanax).

Бессознательное (unconscious) — глубоко скрытая масса воспоминаний, переживаний и импульсов, считающихся по теории Фрейда источником паталогического поведения.

Бессонница (insomnia) — наиболее часто встречающееся расстройство сна, когда человеку бывает трудно заснуть и поддерживать состояние сна.

Бета-амилоидный протеин (beta-amyloid protein) — маленькая молекула, образующая шарообразные отложения, называемые сенильными бляшками, которые участвуют в процессе старения и связаны с болезнью Альцгеймера.

Биологическая модель (Biological model) — теоретическое представление о ключевой роли биологических процессов в поведении человека.

Биологическая обратная связь (biofeedback) — лечебная методика, при которой пациент получает точную информацию о том, как происходят основные физиологические реакции, и его обучают, как можно их контролировать произвольно.

Биологическая терапия (biological therapy) — использование физических и химических процедур, чтобы помочь людям преодолеть их психологические проблемы.

Биологические тесты (biological tests) — процедура, которую используют, чтобы вызвать у людей панику — путем интенсивных физических упражнений или исполнения иных требований в присутствии исследователя либо терапевта.

Биполярное (аффективное) расстройство (bipolar disorder) — расстройство, характеризующееся чередующимися или смешанными периодами мании и депрессии.

Биполярное расстройство I типа (bipolar I disorder) — вид биполярного

расстройства, при котором у человека отмечаются ярко выраженной маниакальные и тяжелые депрессивные эпизоды.

Биполярное расстройство II типа (bipolar disorder II) — вид биполярного расстройства, при котором у человека отмечаются легкие маниакальные (гипоманиакальные) и тяжелые депрессивные эпизоды.

Бихевиористская модель (behavioral model) — теоретическое представление, уделяющее главное внимание поведению и тому, как оно усваивается.

Бихевиористская терапия (behavioral therapy) — терапевтический подход, идентифицирующий поведение, разрешающий проблемы и изменяющий его. Также это лечение называется *модификацией поведения*.

Б-клетка (B-cell) — лимфоцит, вырабатывающий антитела.

Блуждающая тревога (free-floating anxiety) — хроническое и постоянное чувство тревоги, не связанное ни с какой конкретной угрозой.

Болезнь Альцгеймера (Alzheimer's disease) — самая распространенная форма старческого слабоумия, обычно развивается после 65 лет.

Болезнь Крейтцфельда-Жакоба (Creutzfeldt-Jacob disease) — форма деменции, обусловленная вирусом с низкой активностью, который может существовать в человеческом организме в течение нескольких лет, прежде чем болезнь проявится.

Болезнь Паркинсона (Parkinson's disease) — медленно прогрессирующая неврологическая болезнь, характеризующаяся тремором и ригидностью, возможным развитием слабоумия.

Болезнь Пика (Pick's disease) — неврологическая болезнь, поражающая лобные и височные доли головного мозга, приводящая к слабоумию.

Болезнь Тай-Сакса (Tay-Sachs disease) — наследственное заболевание, вызывающее прогрессивную потерю интеллекта, зрения, моторных функций и приводящее к смерти.

Болезнь Хантингтона (Huntington's disease) — приводящее к безумию наследственное заболевание, при котором у человека возникают эмоциональные проблемы, серьезные нарушения когнитивных и моторных функций.

Бред (delusion) — ложное представление, которого человек придерживается, несмотря на явные доказательства противоположного.

Бред величия (delusion of grandeur) — представление о том, что человек — великий изобретатель, историческая личность или другой значимый персонаж.

Бред контроля (delusion of control) — вера в то, что импульсы, чувства, мысли и действия человека контролируются другими людьми.

Бред отношений (delusion of reference) — представление, которое придает особое и личное значение действиям других людей или различным предметам и событиям.

Бред преследования (delusion of persecution) — вера в то, что против человека замышляют интриги, подвергают его дискриминации, следят за ним, клеветают на него, угрожают, нападают или умышленно делают жертвой.

Бредовое расстройство (delusional disorder) — расстройство, сопровождающееся обычным бредом, не являющееся частью шизофренического расстройства.

Быстрый сон (rapid eye movement (REM) sleep) — период цикла сна, когда глаза быстро двигаются взад и вперед, указывая на то, что человек спит.

В

Вагинизм (vaginismus) — состояние, характеризующееся невольным сокращением мышц вокруг внешней трети вагины во время занятий сексом, препятствующее проникновению пениса.

Валидность (validity) — точность результатов теста или исследовательской работы; то есть тот предел, до которого тест или исследование в действительности измеряет или показывает то, что надо измерить и показать.

Валиум (valium) — торговое название противотревожного средства диазепам.

Вегетативная нервная система (ВНС) (autonomic nervous system) — сеть нервных волокон, соединяющих центральную нервную систему со всеми остальными органами.

Вентромедиальный гипоталамус (ventromedial hypothalamus) — область гипоталамуса, будучи активизированной, подавляет чувство голода.

Визуально моторный гештальт-тест Бендера (Bender Visual-Motor Gestalt test) — нейропсихологический тест, при проведении которого испытуемого просят скопировать девять простых геометрических фигур и потом воспроизвести эти фигуры по памяти.

Визуальные галлюцинации (visual hallucinations) — галлюцинации, при которых

человек испытывает смутные зрительные восприятия, видит облака или цвета, у него возникают видения не существующих наяву людей, предметов или сцен.

Виндигго (windigo) — интенсивный страх того, что кровожадное чудовище превратит человека в каннибала. Это расстройство обнаружилось среди индейцев племени алгонкинов.

Виновен, но психически болен (guilty but mentally ill) — вердикт, постановляющий, что преступники виновны в совершении преступления и страдают от психической болезни, которую нужно будет лечить во время их заключения.

Височные доли (temporal lobes) — области мозга, кроме других функций играющие ключевую роль при трансформации краткосрочной памяти в долговременную.

Возратное планирование (reversal design) — это планирование эксперимента с одним испытуемым, когда определяется поведение и устанавливаются базовые данные (А), а затем снова определяется поведение после проведения лечения (Б), затем — снова после воспроизведения базовой ситуации (А), а затем снова — после того, как лечение было воспроизведено (Б). Также называется *планированием эксперимента в стиле АБАБ*.

Вознаграждение (reward) — стимул, вызывающий приятные ощущения и поощряющий конкретное поведение.

Волны мозга (brain wave) — колебания электрического напряжения, вызванные нейронами мозга.

Восковая гибкость (waxy flexibility) — тип кататонии, при которой человек сохраняет позу, в которую его поместил кто-то другой.

Восстановительная терапия (aftercare) — программа ухода и заботы в обществе.

Временный центр (halfway house) — жилье для людей с сильными психологическими проблемами, которые могут жить в них одни или со своими семьями; часто эти центры укомплектовываются полупрофессионалами.

Вторичная выгода (secondary gain) — согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что истерические симптомы дают человеку возможность чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной деятельности.

Вторичные сигнализаторы (second messengers) — химические изменения внутри нейрона, происходящие сразу же после того, как нейрон получает сигнал через нейротрансмиттер, и до того, как он на этот сигнал прореагирует.

Вуайеризм (voyeurism) — парафилия, при которой человек испытывает сильные и постоянные сексуальные желания или импульсы и втайне наблюдает за ничего не подозревающими людьми, как они раздеваются или занимаются сексом. Человек может действовать в соответствии с этими желаниями.

Выборка (sample) — группа испытуемых, представляющих более обширный слой населения, о котором исследователь намеревается сделать вывод.

Вызванные потенциалы (evoked potentials) — паттерны реакции мозга, записанные на электроэнцефалограф, пока человек выполняет задание, например смотрит на вспыхивающий свет.

Вымысел (конфабуляция) (confabulation) — вымышленное описание опыта человека, чтобы заполнить пробелы в памяти.

Выносливость (hardiness) — ряд позитивных установок и реакций на стресс.

Выраженная эмоция (expressed emotion) — уровень критцизма, неодобрения, враждебности и вторжения, проявляемый в семье.

Вытеснение (undoing) — защитный механизм, с помощью которого Эго не позволяет неприемлемым импульсам проникать в сознание.

Выученная беспомощность (learned helplessness) — основанное на прошлом опыте представление, что человек не контролирует свои подкрепления.

—Г—

Галлюцинация (hallucination) — представление воображаемых видений, звуков и других сенсорных ощущений, как если бы они были реальными.

Галлюциногены (hallucinogens) — вещества, которые в основном обуславливают мощные изменения в сенсорном восприятии, в том числе усиливают восприятие человека и приводят к иллюзиям и галлюцинациям. Также называются *психоделическими наркотиками*.

Галлюциноз (hallucinosiс) — форма интоксикации, обусловленная галлюциногенами, заключающаяся в искажении восприятия и галлюцинациях.

Гальваническая реакция кожи (galvanic skin response) — изменения электрического сопротивления кожи.

Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) (gamma aminobiotic acid (GABA)) — нейротрансмиттер, с низкой активностью которого связывают генерализованное тревожное расстройство.

Генеалогическое исследование (family pedigree study) — метод исследования, позволяющий определить, как много родственников и какие родственники человека с расстройством имеют это же расстройство.

Генерализация стимулов (stimulus generalization) — феномен, в котором реакцию, сформированную на одни стимулы, вызывают схожие стимулы.

Генерализованная амнезия (generalized amnesia) — утрата воспоминаний о событиях, произошедших за короткий период времени, и о событиях, произошедших до этого периода.

Генерализованное тревожное расстройство (generalized anxiety disorder) — заболевание, характеризующееся стойким и чрезмерным чувством тревоги, а также беспокойством о множестве событий и действий.

Генитальная стадия (genital stage) — по теории Фрейда эта стадия начинается, когда ребенку исполняется приблизительно 12 лет и он начинает искать сексуальные удовольствия в гетеросексуальных отношениях.

Гены (genes) — молекулы, находящиеся в хромосомах, контролирующих характеристики и черты, которые мы наследуем.

Героин (heroin) — сильное наркотическое вещество, изготавливающееся из морфина.

Гештальт-терапия (gestalt therapy) — разработанный Фрицем Перлсом метод гуманистической терапии, в котором клиницисты активно побуждают людей признать и принять себя, используя такие приемы, как ролевая игра и искусственная фрустрация.

Гипертония (hypertension) — хронически повышенное артериальное давление.

Гипноз (hypnosis) — состояние, похожее на сон, характеризующееся высокой внушаемостью; в этом состоянии загипнотизированный может по указанию гипнотизера делать необычные вещи, испытывать необычные ощущения, вспоминать, казалось бы, забытые события и забывать то, что он обычно помнит.

Гипнотизм (hypnotism) — процедура, когда человека помещают в психическое состояние, напоминающее транс, при этом он становится крайне внушаемым.

Гипнотическая амнезия (hypnotic amnesia) — потеря памяти, вызванная гипнотическим внушением.

Гипнотическая терапия (hypnotic therapy) — лечение, когда человек подвергается гипнозу и затем просят вспомнить о забытых событиях или выполнить другие терапевтические действия. Также называется *гипнотерапией*.

Гипоксифилия (hypoxyphilia) — паттерн, при котором люди душат себя или просят партнеров душить их, чтобы усилить свое сексуальное удовольствие.

Гипоксия (anoxia) — осложнение при родах, когда ребенку не хватает кислорода.

Гипоманиакальный эпизод — незначительное ухудшение состояния, когда симптомы мании носят сравнительно легкий характер.

Гипоталамус (hypothalamus) — часть мозга, которая помогает поддерживать различные физические функции, от него, в частности, зависит, испытывает ли человек голод.

Гипотеза (hypothesis) — предположение о том, что некоторые переменные определенным образом связаны между собой.

Гиппокамп (hippocampus) — область мозга, расположенная под корой большого мозга, участвующая в формировании памяти.

Гистрионное расстройство личности (histrionic personality disorder) — расстройство личности, при котором человек проявляет паттерн чрезмерной эмоциональности и поиска внимания. Прежде называлось *истерическим расстройством*.

Глия (glia) — клетки мозга, поддерживающие нейроны.

Глубокая умственная отсталость (profound retardation) — уровень психической отсталости (коэффициент умственного развития IQ ниже 20), когда человеку нужно специальное окружение с постоянной помощью и наблюдением.

Глубокие расстройства развития (pervasive developmental disorders) — обширная категория расстройств, начинающихся с раннего детства, характеризующихся сильной патологией в социальном взаимодействии, коммуникации или присутствии косного и повторяющегося поведения, интересах и деятельности.

Глутамат (glutamate) — обычный трансмисмиттер, деятельность которого связана с памятью.

Головные боли, вызванные мышечным сокращением (muscle contraction headache) — головные боли, причиной которых является сокращение мускулов, окружающих череп и происходящее в результате сужение кровеносных сосудов. Также называются *головными болями, вызванными напряжением*.

Головная боль, вызванная напряжением (tension headache) (смотри головная боль, вызванная сокращением мышц (muscle contraction headache)).

Голубоватое пятно (Locus ceruleus) — небольшой участок головного мозга, активно влияющий на регуляцию эмоций. Многие из его нейронов используют норэпинефрин.

Гомосексуальность (homosexuality) — сексуальное предпочтение людей своего пола.

Гормоны (hormones) — химические вещества, выделяемые эндокринными железами в кровь.

Готовность — предрасположенность к формированию определенных страхов.

Группа поддержки (rap group) — группа, которая встречается, чтобы помочь своим членам поговорить и изучить проблемы друг друга в атмосфере взаимной поддержки.

Группа самопомощи (self-help group) — группа, состоящая из людей со схожими проблемами, которые помогают и поддерживают друг друга без непосредственного руководства клинициста. Также называется *группа взаимопомощи*.

Групповая терапия (group therapy) — терапевтический метод, в котором группа людей со схожими проблемами вместе встречается с терапевтом, чтобы разрешить свои трудности.

Групповой дом (group home) — специальные дома, где люди с расстройствами и патологией живут и их обучают самопомощи, навыкам совместной жизни и работы.

Гуманистическая модель (humanistic model) — теоретическое представление о том, что люди рождаются с естественной склонностью быть дружелюбными, сотрудничающими и конструктивными и стремятся к самореализации.

Гуманистическая терапия (humanistic therapy) — система терапии, которая помогает клиентам оценить и одобрить себя, так чтобы они могли осуществить свой врожденный потенциал.

Гуманистически-экзистенциальная модель (humanistic-existential model) — теоретическое представление, подчеркивающее роль ценностей и выбора в определении человеческой индивидуальности и реализации человеческих возможностей.

Гуморы (humors) — в соответствии с воззрениями античных и средневековых врачей, это некие вещества в человеческом теле (элементарные жидкости), влияющие на психическое и физическое функционирование.

Д

Движение сближения (rapprochement movement) — попытка собрать общие методики, которые проходят по работам всех эффективно работающих лечащих врачей.

Двойная депрессия (double depression) — последовательность, при которой дистимическое расстройство приводит к тяжелому депрессивному расстройству.

Двойное планирование вслепую (double-blind design) — экспериментальная процедура, при которой ни испытуемый, ни экспериментатор не знает, получил ли испытуемый экспериментальное лекарство или плацебо.

Двусторонняя шоковая терапия (bilateral electroconvulsive therapy) — форма электрошоковой терапии, когда один электрод прикрепляется к каждой из сторон лба и через мозг пропускается электрический ток.

Дежа вю (deja vu) — навязчивое ощущение того, что человек уже сталкивался с новой ситуацией или эпизодом.

Деинституционализация (deinstitutionalization) — выписка из больниц большого количества пациентов, проходящих длительное лечение, так чтобы они могли участвовать в общественных программах лечения.

Декларативная память (declarative memory) — память об усвоенной информации, например об именах, датах и других фактах.

Делегированный синдром Мюнхаузена (Munchausen syndrome by proxy) — искусственное (симулятивное) заболевание, при котором родители имитируют или намеренно вызывают физические болезни у своих детей.

Делирий (delirium) — быстро развивающееся помраченное состояние сознания, когда человек испытывает большие проблемы с концентрацией, сосредоточением

внимания и следованием сплошному потоку мышления.

Деменция (dementia) — синдром, характеризующийся серьезной потерей памяти и по крайней мере еще одной когнитивной функции.

Демонология (demonology) — представление о том, что патологическое поведение вызвано сверхъестественными причинами, например злыми духами.

Дендрит (dendrite) — вырост, расположенный на одном конце нейрона, который принимает импульс от других нейронов.

Деперсонализационное расстройство (Depersonalization disorder) — расстройство, характеризующееся постоянным и повторяющимся ощущением отчуждения от собственных психических процессов или тела; человек чувствует себя нереальным или свое тело чужим.

Депрессант (depressant) — вещество, которое замедляет активность центральной нервной системы и в достаточных дозах вызывает ослабление напряжения и торможения.

Депрессия (depression) — подавленное состояние, характеризующееся тоской, упадком сил, крайне низкой самооценкой, чувством вины или родственными симптомами.

Десенситизация (desensitization) (смотри *систематическая десенситизация*).

Десенситизация в живом организме (in vivo desensitization) — десенситизация, использующая действительные объекты или ситуации в отличие от воображаемых.

Детоксификация (detoxification) — систематическое отвыкание от лекарств под наблюдением врача.

Диагноз (diagnosis) — определение того, что проблемы индивида отражают определенное расстройство.

Диагностическое и статистическое руководство психических расстройств ((Diagnostic and Statistical Mental Disorders (DSM)) — система классификации психических расстройств, разработанная Американской психиатрической ассоциацией. DSM-IV — четвертое, находящееся в настоящее время в обращении издание Диагностического и статистического руководства психических расстройств.

Диазепам (diazepam) — транквилизатор, выпускающийся под маркой Валиум.

Дезорганизованный тип шизофрении (disorganized type of schizophrenia) — тип шизофрении, характеризующийся главным образом спутанностью, непоследовательностью и вялой или неподходящей эмоциональной реакцией.

Дизульфiram (см. *антабус*).

Дискуссионная группа — группа, собирающаяся для того, чтобы помочь участникам говорить о своих проблемах и решать их в атмосфере взаимной поддержки.

Дислексия (dyslexia) — расстройство, когда человек проявляет ослабленную способность узнавать слова и понимать, что они значат. Также называется *расстройством чтения*.

Дисморфофобия (body dysmorphic disorder) — соматоформное расстройство, характеризующееся исключительным беспокойством по поводу предполагаемых недостатков внешности или неприятных для окружающих особенностей.

Диспареуния (dyspareunia) — расстройство, при котором человек испытывает острую боль в гениталиях во время занятий сексом.

Дисрегуляционная модель (dysregulation model) — теория, рассматривающая психофизиологические расстройства как результат неисправностей в механизме отрицательной обратной связи, устанавливаемой между телом и головным мозгом, что приводит к нарушениям процессов саморегуляции организма.

Диссомнии (dyssomnias) — расстройства сна, при которых нарушается длительность, качество или периодичность сна.

Диссоциативная амнезия (dissociative amnesia) — диссоциативное расстройство, характеризующееся неспособностью вспомнить важные события или информацию из личной жизни.

Диссоциативная fuga (dissociative fugue) — диссоциативное расстройство, при котором человек отправляется в новое место и может сформировать новую личность, одновременно забыв о своем прошлом.

Диссоциативное расстройство личности (dissociative identity disorder) — расстройство, при котором у человека возникают две или больше отдельных личности. Также это расстройство называется *расстройством множественной личности*.

Диссоциативные расстройства (dissociative disorders) — расстройства, характеризующиеся сильными переменами в памяти, не вызванные отчетливыми

физическими причинами.

Дистимия (dysthymic disorder) — расстройство настроения, отличающееся от рекуррентного депрессивного расстройства не качественной структурой, а недостаточной тяжестью и стойкостью симптоматики.

Дихотомическое мышление (dichotomous thinking) — рассмотрение проблем и решений в ригидной форме или/или.

Диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) (lysergic acid diethylamide) — галлюциногенное лекарство, получаемое из алкалоида спорыньи.

Длительная память (long-term memory) — система памяти, содержащая информацию, сохраняемую человеком в течение многих лет.

Длительный уход (long-term care) — разнообразная личная и медицинская поддержка, предоставляемая пожилым и другим ослабленным людям. Это может быть частичный уход и наблюдение дома или интенсивное лечение в специальном центре.

Долговременная потенция (long-term potentiation) — большая вероятность реагирования нейрона на повторную стимуляцию.

Допамин (dopamine) — нейротрансмиттер, высокая активность которого взаимосвязана с возникновением шизофрении.

Допаминовая гипотеза (dopamine hypothesis) — теория о том, что шизофрения возникает в результате чрезмерной активности нейротрансмиттера допамина.

Драпетомания (drapetomania) — в соответствии с диагностической категорией XIX века, это обсессивное желание свободы, которое заставляло некоторых рабов убежать из неволи.

ДСМ-IV (DSM IV) — четвертое, действующее в настоящий момент издание Диагностического и статистического руководства психических расстройств.

Дуализм души и тела (mind-body dualism) — концепция Рене Декарта, утверждающая, что душа отделена от тела.

Е

Единицы жизненных изменений (life change units) — система определения стресса, связанного с различными событиями в жизни.

Естественное (включенное) наблюдение (naturalistic observation) — методика наблюдения за поведением, при которой врачи-клиницисты и исследователи наблюдают людей в их повседневной обстановке.

Естественный эксперимент (natural experiment) — метод исследования, при котором экспериментатор воспроизводит патологическое поведение у испытуемых в лаборатории и затем проводит эксперименты с испытуемыми.

Ж

Жамэ вю (jamais vu) — ощущение того, что сцена или ситуация, уже пережитая человеком, совершенно незнакома.

Женское оргазмическое расстройство (female orgasmic disorder) — дисфункция, при которой женщина редко испытывает оргазм или переживает оргазм долгое время спустя после фазы нормального сексуального возбуждения.

Жестокое обращение с детьми (child abuse) — постоянное применение взрослыми физического и психологического насилия по отношению к ребенку.

З

Заболеваемость (incidence) — количество новых случаев расстройства, возникающих в данном слое населения в определенный период времени.

Зависимая переменная (dependent variable) — переменная в эксперименте, которая, как предполагается, изменяется при манипуляции с независимой переменной.

Зависимое расстройство личности (dependent personality disorder) — расстройство личности, характеризующееся паттерном удерживания и послушания, страхом отделения и постоянной сильной потребностью в заботе окружающих.

Зависимость (addiction) — физическая зависимость от определенного вещества, для которой характерны симптомы привыкания или отвыкания во время воздержания или и то и другое.

Зависимость от лекарственных препаратов (substance dependence) — паттерн поведения, при котором люди злоупотребляют лекарствами, вся их жизнь зависит от лекарств и они привыкают к ним и испытывают симптомы отвыкания, когда перестают принимать лекарств. Также известна как *аддикция*.

Заикание (stutter) — нарушение нормальной беглости и продолжительности речи.

Защита на основании умопомешательства (insanity defense) — судебная защита, в ходе которой человека, обвиняемого в преступлении, признают невиновным на

основании безумия в момент совершения преступления.

Защитные механизмы Эго (ego defense mechanisms) — согласно психоаналитической теории, приемы, вырабатываемые Эго для того, чтобы контролировать неприемлемые импульсы Ид и избежать тревоги, которую они порождают, или уменьшить ее.

Зильденафил (sildenafil) — лекарство, использующееся для лечения расстройств эрекции, которое помогает усилить приток крови в пенис во время занятий сексом. Выпускается под названием *Виагра*.

Злоупотребление лекарствами (substance abuse) — паттерн поведения, когда люди постоянно и слишком много принимают лекарств и таким образом разрушают свою жизнь.

Знаток (savant) — человек с психическим расстройством или значительными интеллектуальными недостатками, обладающий экстраординарными способностями, несмотря на расстройство и недостатки.

И

Игровая терапия (play therapy) — метод лечения детских расстройств, помогающий детям выразить свои конфликты и чувства косвенно, в процессе рисования, игры с игрушками и выдумыванием историй.

Игрок со смертью (death darer) — человек, испытывающий двойственные чувства по отношению к возможности собственной смерти, даже в момент совершения попытки самоубийства.

Ид (id) — согласно Фрейду, психологическая сила, обуславливающая инстинктивные потребности, влечения и импульсы.

Идеи соотнесения (ideas of reference) — представления о том, что несвязанные между собой события взаимосвязаны между собой.

Идентификация (identification) — бессознательное впитывание ценностей и чувств родителей и значимых других и присоединение их к своей идентичности. Также это защитный механизм Эго, когда люди перенимают ценности и чувства человека, вызывающего у них ощущение тревоги.

Идиографическое понимание (idiographic understanding) — понимание поведения отдельного человека.

Иерархия страха (fear hierarchy) — перечень предметов или ситуаций, перед которыми человек испытывает страх, начинающийся с тех предметов или ситуаций, страх перед которыми невелик, и заканчивающийся теми, которые вселяют ужас.

Избегающее расстройство личности (avoidant personality disorder) — расстройство личности, когда человек последовательно чувствует себя неуютно и ограниченно в социальных ситуациях, его одолевают ощущения неадекватности и он делается крайне чувствительным к негативной оценке.

Избирательная амнезия (selective amnesia) — неспособность вспомнить некоторые события, произошедшие за ограниченный период времени.

Изменение точки зрения наблюдателя (observer drift) — тенденция наблюдателя, оценивающего испытуемых в эксперименте, постепенно и произвольно менять критерии, таким образом делая данные ненадежными.

Изнасилование (rape) — насильственное половое сношение или иной сексуальный акт, производимый без согласия человека, или половое сношение с несовершеннолетними.

Изоляция (isolation) — защитный механизм Эго, заключающийся в том, что люди отвергают свои неудобные и нежелательные мысли и отрекаются от них, переживая их как вторжение извне.

Изучение генетической связи (genetic linkage study) — метод исследования, при котором наблюдаются большие семьи с высокими показателями расстройства на протяжении нескольких поколений и делается вывод о том, связано ли расстройство с паттернами других семейных характеристик.

Иммунная система (immune system) — совокупность видов деятельности и клеток организма, предназначенных для того, чтобы выявлять и уничтожать антигены и клетки злокачественных опухолей.

Ингибиторы моноаминоксидазы (MAO) (monoamine oxidase inhibitors) — антидепрессанты, подавляющие действие фермента моноаминоксидазы и таким образом увеличивающие уровень норэпинефриновой активности в мозге.

Индивидуальная терапия (individual therapy) — терапевтический метод, при котором терапевт встречается с клиентом наедине в течение многих сессий, длящихся от 15 минут до двух часов.

Индукцированное психотическое расстройство (shared psychotic disorder) — расстройство, при котором человек разделяет бред другого человека. Также называется *манией на двоих* (folie a deux).

Инициатор смерти (death initiator) — человек, который совершает попытку самоубийства, так как считает, что процесс умирания уже начался и что он просто ускоряет свою смерть.

Интерперсональная (межличностная) терапия (interpersonal therapy) — лечение монополярной депрессии, основанное на представлении о том, что прояснение и изменение межличностных проблем приведет к выздоровлению.

Инттоксикация (intoxication) — временное состояние под действием наркотиков, в котором люди проявляют такие симптомы, как ослабленная способность суждения, перемены настроения, раздражительность, небрежность в речи и потеря координации.

Инцест (incest) — сексуальные взаимоотношения между близкими родственниками.

Ипохондрия (hypochondriasis) — соматоформное расстройство, при котором человек ошибочно подозревает, что незначительные изменения в функционировании его организма могут быть признаками серьезного заболевания.

Ипохондрические соматоформные расстройства (preoccupation somatoform disorders) — соматоформные расстройства, при которых люди неправильно интерпретируют незначительные и даже нормальные симптомы, связанные с функционированием организма, или свои внешние особенности и слишком сильно реагируют на них.

Искатель смерти (death seeker) — человек, имеющий твердое намерение покончить с собой в момент совершения попытки самоубийства.

Испытуемый (subject) — человек, выбранный для участия в исследовании. Также называется *участником эксперимента*.

Исследование психического состояния (статуса) (mental status exam) — набор вопросов для интервью и алгоритм проведения наблюдений, направленные на выявление степени и природы патологического поведения индивида.

Истерические соматоформные расстройства (hysterical somatoform disorders) — соматоформное расстройство, при котором происходят реальные изменения в функционировании организма.

Истерическое расстройство (hysterical disorder) — нарушение, при котором двигательная, чувствительная и другие функции изменяются или теряются без явной физической причины.

Истерия (hysteria) — термин, использовавшийся раньше для описания того, что теперь известно как конверсионное, соматизированное и хроническое соматоформное болевое расстройство.

Исследование отдельных случаев (case study) — детальный отчет о жизни человека и его психологических проблемах.

К

Кайф (rush) — ощущение тепла и экстаза, возникающее, когда человеку вводятся некоторые наркотики, такие как героин.

Катарсис (catharsis) — повторное переживание прошлых вытесненных чувств, с тем чтобы разрешить внутренние конфликты и устранить проблемы.

Кататонический ступор (catatonic stupor) — симптом, сопутствующий шизофрении, когда человек становится совершенно нечувствительным к окружающей среде, остается без движения и молчит на протяжении длительного периода времени.

Кататонический тип шизофрении (Catatonic type of schizophrenia) — тип шизофрении, преобладающий при некоторых острых психомоторных нарушениях.

Кататоническое возбуждение (Catatonic excitement) — форма кататонии, когда человек возбужденно двигается, время от времени широко размахивая руками и ногами.

Кататония (catatonia) — паттерн психомоторных симптомов, обнаруживающихся при некоторых формах шизофрении, в том числе Кататонический ступор, ригидность и принятие вычурных поз.

Квазиэксперимент (quasi-experiment) — эксперимент, в котором исследователи не набирают испытуемых случайным образом в контрольные и экспериментальные группы, а используют группы, уже существующие в жизни. Этот тип эксперимента также называется *эксперимент со смешанным планированием*.

Клептомания (kleptomania) — расстройство контроля над импульсами, характеризующееся постоянной неспособностью сопротивляться импульсам красть

вещи, необязательные для личного использования и не в целях обогащения.

Классическое обусловливание (classic conditioning) — процесс научения, в котором два события, неоднократно возникающие одновременно, связываются в уме человека друг с другом, в результате чего вызывают одинаковую реакцию.

Клиент-центрированная терапия (client-centered therapy) — гуманистическая терапия, разработанная Карлом Роджерсом, в которой терапевты стараются помочь людям путем их принятия, высокой эмпатии и искренности.

Клиническая психология (clinical psychology) — изучение, оценка, лечение и предотвращение патологического поведения.

Клиническое интервью (clinical interview) — встречи (обычно без присутствия посторонних), на которых врачи задают пациентам вопросы, оценивают их ответы и узнают о пациентах и об их психологических проблемах.

Клитор (clitoris) — женский сексуальный орган, размещенный перед мочевым пузырем и входом в вагину. Увеличивается во время сексуального возбуждения.

Клозапин (clozapine) — распространенное атипичное антипсихотическое лекарство.

Когнитивная модель (cognitive model) — теоретическая точка зрения, указывающая на процесс и содержание мышления как на причины психологических проблем.

Когнитивная терапия (cognitive therapy) — терапия, разработанная Аароном Беком, помогающая людям определить и изменить неадекватные посылки и способы мышления, которые способствуют развитию психологических трудностей.

Когнитивная триада (cognitive triad) — три направления негативного мышления, которые, согласно Аарону Беку, приводят людей в состояние депрессии. Эта триада включает в себя негативную оценку своего опыта, самого себя и своего будущего.

Когнитивно-бихевиористская модель (cognitive-behavioral model) — теоретическая точка зрения, рассматривающая познание как приобретенное поведение.

Когнитивное поведение (cognitive behavior) — мысли и представления, многие из которых присущи только данному индивиду.

Коитус (coitus) — сексуальное взаимодействие.

Кокаин (cocaine) — добываемое из листьев коки стимулирующее средство, вызывающее привыкание; самое сильное известное стимулирующее средство.

Коморбидность (см. *сопутствующий патологический процесс*).

Комплекс слабоумия при СПИДе (AIDS dementia complex, ADC) — болезнь, приводящая к упадку энергии, появлению маниакально-депрессивных симптомов и психозу.

Комплекс Электры (Electra complex) — по мнению Фрейда, это паттерн желаний, испытываемых всеми девушками во время фаллической стадии, когда у них возникает сексуальное влечение к своему отцу.

Компульсивные ритуалы (compulsive ritual) — детализированная, зачастую тщательно продуманная последовательность действий, которую, как чувствует человек, он вынужден совершать, всегда одним и тем же образом.

Конверсионное расстройство (conversion disorder) — соматоформное расстройство, когда психосоциальная необходимость или конфликт переходят в драматические физические симптомы, воздействующие на произвольную моторную и сенсорную функцию.

Конвульсия (convulsion) — судорога, вызванная недостаточным функционированием мозга.

Консультирующая психология (counseling psychology) — специальность в области психического здоровья, схожая с клинической психологией, для работы в которой требуется пройти специальную программу обучения.

Контрольная группа (control group) — в эксперименте это группа испытуемых, не подвергающихся воздействию независимой переменной.

Контрперенос (countertransference) — явление в психотерапии, когда собственные чувства, биография и ценности терапевтов скрытым образом влияют на их интерпретацию проблем пациента.

Конфиденциальность (confidentiality) — принцип, состоящий в том, что некоторые профессионалы не разглашают информацию, полученную от клиента.

Концепция «предрасположенность-стресс» (diathesis-stress view) — точка зрения, согласно которой для того чтобы у человека проявилось какое-то расстройство, он должен сначала обладать предрасположенностью к этому расстройству, а затем подвергнуться непосредственному воздействию

психологического стресса.

Кора нижней поверхности лобных долей (orbital frontal cortex) — зона головного мозга, в которой обычно возникают импульсы, вызывающие экскретивную, сексуальную, агрессивную и другие примитивные активности.

Коробка-челнок (shuttle box) — коробка, отделяющаяся посередине перегородкой, которую животное может перепрыгнуть, чтобы уклониться от шока.

Коронарная болезнь сердца (coronary heart disease) — болезнь сердца, вызванная закупоркой коронарных артерий.

Коронарные артерии (coronary arteries) — кровеносные сосуды, окружающие сердце и ответственные за доставку кислорода к сердечной мышце.

Короткое психотическое расстройство (brief psychotic disorder) — психотические симптомы, появляющиеся сразу после очень сильного стрессового события или периода эмоционального напряжения и продолжающееся от нескольких часов до месяца.

Корреляционный метод (correlational method) — исследовательская процедура, которая используется для определения того, насколько события или характеристики зависят друг от друга.

Корреляция (correlation) — степень зависимости друг от друга событий или характеристик.

Кортизол (cortisol) — гормон, выделяемый железами надпочечников, когда человек испытывает стресс.

Кортикостероиды (corticosteroids) — группа гормонов, выделяемых железами надпочечников во время стресса.

Кофеин (caffeine) — стимулирующее лекарственное средство, как правило, его принимают в форме кофе, чая, колы и шоколада.

Кошмары во сне (nightmare) — самый распространенный тип парасомнии. Большинство людей время от времени видят кошмарные сны, но в некоторых случаях кошмары становятся особенно частыми и причиняют человеку такие страдания, что требуется специальное лечение.

Коэффициент интеллекта (intelligent quotient) — общий показатель, рассчитываемый по результатам теста, который теоретически представляет общую интеллектуальную способность человека.

Коэффициент корреляции (correlation coefficient (r)) — статистический термин, показывающий направление и величину корреляции, варьирующейся от -1.00 до +1.00.

Краткосрочная память (short-term memory) — система памяти, собирающая новую информацию. Также называется *рабочей памятью*.

Кретинизм (cretinism) — расстройство, характеризующееся задержкой умственного развития и физическими отклонениями; обусловлено низким содержанием йода в питании матери во время беременности.

Кризисное вмешательство (crisis intervention) — метод лечения, при котором делается попытка помочь людям в состоянии психологического кризиса более точно взглянуть на свою ситуацию, принять более эффективное решение и действовать по преодолению кризиса более конструктивно.

Крушение (derailment) — нарушение обычного мышления при шизофрении, включающее быстрый переход от одной темы разговора к другой. Также называется *свободной ассоциацией*.

Крэк (crack) — сильный наркотик на основе кокаина.

Латентное содержание (latent content) — символический смысл содержания сновидения.

Латентная стадия (latency stage) — в психоаналитической теории это стадия, в которую дети вступают в 6-летнем возрасте, при которой их сексуальные желания, по-видимому, успокаиваются.

Латеральный гипоталамус (lateral hypothalamus) — область гипоталамуса, активация которой вызывает чувство голода.

Лекарства антагонисты (antagonist drugs) — лекарства, блокирующие или изменяющие эффекты лекарства, вызывающего привыкание.

Лекарственная терапия (drug therapy) — использование психотропных лекарств, ослабляющих симптомы психологических расстройств.

Лечение внешним воздействием (exposure treatments) — терапия поведения, когда люди со страхами подвергаются воздействию пугающих объектов или ситуаций.

См. также *погружение, наводнение, тренинг адаптивности*.

Либи́до (libido) — сексуальная энергия, питающая Ид.

Ликантро́пия (lycanthropy) — психическое нарушение, при котором люди верят, что они одержимы волками или другими зверями.

Лимфоци́ты (lymphocytes) — белые кровяные тельца, циркулирующие по лимфатической и кровеносной системам и помогающие организму выявлять и уничтожать антигены и раковые клетки.

Лити́й (lithium) — металл, минеральные соли которого широко распространены на нашей планете. Является наиболее эффективным средством при лечении биполярных расстройств в виде лития карбоната и лития оксидбутирата.

Личностный опросник (personality inventory) — тест, предназначенный для измерения разнообразных личностных характеристик, которые заключаются в утверждениях о поведении, убеждениях и чувствах. Тестируемые оценивают эти утверждения с точки зрения того, свойственны ли они лично им или нет.

Личностный стиль типа А (Type A personality style) — личностный стиль, характеризующийся враждебностью, цинизмом, несдержанностью, нетерпеливостью, стремлением к противоборству и амбициозностью.

Личностный стиль типа В (Type B personality style) — личностный стиль, свойственный людям более спокойным, менее агрессивным и менее озабоченным вопросом времени.

Личность (personality) — уникальный и длительный паттерн внутренних переживаний и внешнего поведения, который приводит к постоянным реакциям в различных ситуациях.

Лобото́мия (lobotomy) — психирургическая операция, при которой хирург прорезает каналы между лобными долями головного мозга и его нижележащими центрами.

Лонгитудное исследование (longitudinal study) — исследование, в котором одни и те же испытуемые наблюдаются в течение длительного периода времени.

М

Манифестное содержание (manifest content) — осознанно припоминаемое содержание сновидения.

Мания (mania) — длительное или кратковременное состояние эйфории или безудержной активности, при котором люди могут преувеличивать свои возможности, полагая, что мир находится в их полном распоряжении.

Мантра (mantra) — звук, сочетание звуков, произносимые мысленно или вслух, используется для привлечения внимания и отказа от обычных мыслей и тревог во время медитации.

Марихуана (marijuana) — один из наркотиков на основе конопли, извлекаемый из листьев и цветков растения.

Мастурбация (masturbation) — самостоятельная стимуляция гениталий для достижения сексуального возбуждения.

Медитация (meditation) — техника, направленная на концентрацию внимания на своих внутренних процессах и достижение слегка измененного состояния сознания.

Международная классификация болезней (МКБ) (International Classification of Diseases (ICD)) — система классификации физических и психических расстройств, которые применяются Всемирной организацией здравоохранения.

Межличностная психотерапия (interpersonal psychotherapy, IPT) — метод лечения монополярной депрессии, основанный на предположении, что выздоровлению способствует прояснение и устранение межличностных проблем пациента.

Меланхо́лия (melancholia) — состояние полной печали, описываемое древними греками и римскими философами и врачами. В наши дни называется *депрессией*.

Мелатонин (melatonin) — гормон, выделяемый шишковидной железой, когда человек находится в темноте.

Месмеризм (mesmerism) — метод, использовавшийся австрийским врачом Ф.А. Месмером для лечения истерических расстройств; предшественник гипноза.

Локализованная амнезия (localized amnesia) — неспособность вспомнить любое из событий, происшедших в ограниченный период времени.

Метаболизм (metabolism) — химическое и физическое расщепление пищи в организме и преобразование ее в энергию. Кроме того, биохимическая трансформация различных субстанций в организме, например, когда печень преобразует алкоголь в ацетилальдегид.

Метадон (methadone) — синтетический наркотический анальгетик.

Металлический звук (clang) — ритмичное постукивание, используемое некоторыми людьми с шизофренией, которое помогает им сформулировать мысли и утверждения.

Метилфенидат (methylphenidate) — стимулирующее лекарство, более известное под торговой маркой Риталин, как правило, применяющееся для лечения расстройства гиперактивности дефицита внимания.

Мигрень (migraine headache) — острая головная боль, возникающая на одной стороне головы, зачастую ей предшествует предостерегающее ощущение (аура) и порой она сопровождается головокружением, тошнотой и рвотой.

Миндалевидное тело (amygdala) — структура в мозге, играющая ключевую роль в формировании эмоций и памяти.

Миннесотский многофакторный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) — широко применяющийся опросник для исследования структуры личности, состоящий из большого числа утверждений, которые испытуемые выбирают по типу «да» или «нет».

Многоосевая система (multiaxial system) — система классификации, в которой диагноз использует различные «оси» или направления информации. DSM-IV — это многоосевая система.

Многостороннее рассмотрение перспектив риска (multidimensional risk perspective) — теория, определяющая различные факторы риска, которые совместно служат причиной появления расстройства. Чем больше таких факторов, тем больше риск развития нарушения.

Моделирование (modeling) — процесс научения, в котором человек наблюдает за другими и затем подражает им; кроме того — терапевтический подход, основанный на этом же принципе.

Моделирование с участием (participant modeling) — бихевиористская техника, в которой люди, страдающие страхами, наблюдают взаимодействие терапевта (модели) с пугающим объектом, а потом сами взаимодействуют с этим объектом. Также называется *управляемое участие*.

Модель (model) — совокупность посылок и понятий, которые помогают ученым объяснять и интерпретировать свои наблюдения. Другое название — *парадигма*.

Мозжечок (cerebellum) — область в мозге, координирующая движения тела и помогающая человеку управлять быстрым переключением внимания.

Моноаминоксидаза (monoamine oxidase (MAO)) — вещество в человеческом организме, разрушающее нейротрансмиттер норэпинефрин.

Монополярная депрессия (unipolar depression) — депрессия без маниакальных состояний.

Моральное лечение (moral treatment) — принятый в XIX веке подход к лечению людей с психической дисфункцией, который делал упор на моральное воздействие и человеческое, уважительное лечение.

Морфин (morphine) — вещество, приводящее к сильной наркотической зависимости, извлекаемое из опия, особенно эффективное для облегчения боли.

Мужское расстройство эрекции (male erectile disorder) — мужская дисфункция, характеризующаяся постоянной неспособностью достичь эрекции и поддерживать ее во время коитуса.

Н

Наводнение (flooding) — техника терапии фобий, в которой человек интенсивно и неоднократно подвергается воздействию внушающего страх объекта и убеждается в том, что в действительности он безвреден. См. *тренинг адаптивности*.

Навязчивые проверочные действия (checking compulsion) — навязчивые действия, осуществляемые людьми, которые чувствуют потребность проверять одни и те же вещи снова и снова.

Навязчивые очищающие действия (cleaning compulsion) — навязчивые действия, осуществляемые людьми, которые чувствуют потребность постоянно очищать себя, свою одежду, свой дом.

Навязчивые действия (компульсии) (compulsion) — повторяющиеся и устойчивые поведенческие или мыслительные акты, которые люди вынуждены производить, чтобы предотвратить или снизить тревогу.

Навязчивые идеи (обсессии) (obsession) — стойкие мысли, идеи, импульсы или образы, которые являются повторяющимися и назойливыми и вызывают тревогу.

Надежность (reliability) — измерение последовательности тестов или результатов исследования.

Направленная мастурбация (directed masturbation) — метод в сексуальной терапии, обучающий женщин с расстройством возбуждения или оргазмическими расстройствами эффективно мастурбировать и впоследствии достигать оргазма во время сексуального взаимодействия.

Нарколепсия (narcolepsy) — расстройство из группы диссомний, характеризуется тем, что на протяжении более чем трех месяцев человек испытывает непреодолимые приступы парадоксального сна во время бодрствования.

Наркотик (narcotic) — любое естественное или синтетическое лекарство опиатного типа.

Наркотик-антагонист (narcotic antagonist) — вещество, которое при поступлении на опиатные рецепторы в головном мозге блокирует эффекты опиатов.

Нарушение сна, связанное со страхом (sleep terror disorder) — нарушение сна, когда во время первой трети своего вечернего сна больные внезапно просыпаются с криком, в сильном волнении и ужасе. Они находятся в состоянии паники, часто что-то бессвязно говорят, их сердцебиение сильно учащается. Обычно на следующее утро человек не помнит об этом эпизоде.

Нарушение суточного ритма (circadian rhythm sleep disorders) — расстройство, при котором больные испытывают сильную сонливость или бессонницу в результате повторяющихся разрывов сна, происходящих из-за несовпадения их собственного биологического режима сна и бодрствования с расписанием часов сна и бодрствования, принятым большинством людей их среды.

Нарциссическое расстройство личности (narcissistic personality disorder) — расстройство личности, характеризующееся обширным паттерном грандиозности, потребности в восхищении и недостатком эмпатии.

Натрий амобарбитал (Амитал) (sodium amobarbital (Amytal)) — лекарство, применяющееся для того, чтобы привести человека в состояние, близкое ко сну, во время которого человек может лучше вспомнить забытые события.

Натрий пентобарбитал (Пентотал) (sodium pentobarbital (Penthotal)) (смотри натрий амобарбитал).

Научный метод (scientific method) — процесс систематического сбора и оценки информации в ходе наблюдений, предназначенных для того, чтобы понять данное явление.

Неврологический тест (neurological test) — тест, непосредственно измеряющий структуру или активность мозга.

Невроз (neurosis) — термин Фрейда для расстройств, характеризующихся интенсивной тревогой, связанной с неспособностью защитных механизмов Эго человека справиться с бессознательными конфликтами.

Негативная корреляция (negative correlation) — статистическая взаимосвязь, при которой величина одной переменной возрастает, а другой — понижается.

Негативные симптомы (negative symptoms) — симптомы шизофрении, выражающиеся в отсутствии нормального мышления, эмоций и поведения.

Недифференцированный тип шизофрении (undifferentiated type of schizophrenia) — тип шизофрении, когда ни один из ряда психотических симптомов (непоследовательность, психомоторные нарушения, бред или галлюцинации) не доминирует.

Недостаток содержания (poverty of content) — отсутствие смысла, несмотря на высокую эмоциональность, обнаруживающуюся в речи людей с шизофренией.

Нейролептические лекарства (neuroleptic drugs) — термин использовался для традиционных антипсихотических лекарств, потому что они часто вызывают нежелательные эффекты, схожие с симптомами неврологических расстройств.

Нейролептический злокачественный симптом (neuroleptic malignant syndrome) — острая, потенциально смертельная реакция на антипсихотические лекарства, характеризующаяся мышечной ригидностью, лихорадкой, изменением сознания и дисфункцией вегетативной нервной системы.

Неврологический (neurological) — относящийся к структуре или активности мозга.

Нейрон (neuron) — нервная клетка. Мозг содержит миллиарды нейронов.

Нейропсихологический тест (neuropsychological test) — тест, при помощи которого выявляются мозговые нарушения измерением когнитивных и моторных характеристик, а также способности восприятия.

Нейротрансмиттер (neurotransmitter) — химическое вещество, которое выделяется нейроном, пересекает синаптическое пространство и принимается рецепторами, находящимися на дендритах соседних нейронов.

Нейрофибриллярные узлы (neurofibrillary tangles) — переплетенные протеиновые волокна, формирующиеся внутри некоторых клеток мозга, когда люди стареют.

Нейтрализация (neutralizing) — устранить нежелательные мысли с помощью других мыслей и поведения, «исправляющих», компенсирующих неприемлемые мысли.

Независимая переменная (independent variable) — переменная в эксперименте, с которой проводятся манипуляции, чтобы определить, окажет ли она воздействие на другую переменную.

Нелогичное мышление (illogical thinking) — в соответствии с когнитивными теориями, нелогичные способы мышления могут привести к саморазрушительным выводам и психологическим проблемам.

Неологизм (neologism) — выдуманное слово, имеющее смысл только для человека, использующего его.

Неотложное лечение (emergency commitment) — временное препровождение в психиатрическую больницу человека, который странно или жестоко себя ведет.

Непреднамеренная смерть (subintentional death) — смерть, в которой сама жертва участвует лишь отчасти, незаметно и бессознательно.

Непрерывная амнезия (continuous amnesia) — неспособность вспомнить события, которые произошли недавно, а также некоторые события в прошлом.

Нервная анорексия (anorexia nervosa) — психическое расстройство, отмеченное стремлением к максимальной худобе и потере веса.

Нервная анорексия сдерживающего типа (restricting type anorexia nervosa) — тип анорексии, при которой люди снижают свой вес, строго ограничивая потребление пищи.

Нервная булимия (bulimia nervosa) — расстройство, отмеченное частым обжорством, за которым следует искусственно вызванная рвота или другие экстремальные компенсирующие действия. Также известно как синдром обжорства с последующим очищением желудка.

Нервное окончание (nerve ending) — область на конце нейрона, с которой импульс посылается соседнему нейрону.

Нервно-психическая анорексия (anorexia nervosa) — расстройство, для которого характерно стремление к крайней худобе, сопровождающееся сильной потерей веса.

Неформализованное (неструктурированное) интервью (unstructured interview) — форма интервью, при котором клиницист спонтанно задает вопросы, основанные на темах, которые возникают в процессе беседы.

Нецелесообразное чувство (inappropriate affect) — симптом шизофрении, когда человек проявляет эмоции, неподходящие для ситуации.

Никотиновый пластырь (nicotine patch) — пластырь, прикрепляемый к коже, как и обыкновенный, его никотиновое содержание впитывается через кожу, оно делает более легкой реакцию отвыкания, вызванную отказом от курения сигарет.

Норэпинефрин (norepinephrine) — медиатор, аномальная активность которого связана с паническим расстройством и депрессией.

Нормализация (normalization) — принцип, заключающийся в том, что учреждения и жилищные организации должны предоставлять людям с психической отсталостью жилищные условия и возможности такие же, как и другим членам общества.

Нормотимики (antibipolar drugs) — психотропные лекарства, которые стабилизируют настроение людей, страдающих биполярным расстройством настроения.

Ночное набухание пениса (nocturnal penile tumescence) — возникновение эрекции во время сна.

O

Обжорство (binge-eating disorder) — расстройство режима питания, при котором человек регулярно объедается, не сопровождая это никаким компенсаторным поведением.

Облегченная коммуникация (facilitated communication) — спорный метод, обучающий людей, страдающих аутизмом, общаться. Терапевт или человек, облегчающий общение, помогает больному физически, когда тот печатает или показывает буквы на дисплее или доске.

Обратная вспышка (flashback) — повторные сенсорные и эмоциональные изменения, вызванные ЛСД вскоре после того, как наркотические вещества выведены из тела, или при посттравматическом стрессовом расстройстве повторное

переживание травматических событий в прошлом.

Обсессивно-компульсивное расстройство (obsessive-compulsive disorder) — у человека, страдающего этим расстройством, возникают повторяющиеся нежелательные мысли и/или он вынужден производить повторяющиеся и устойчивые действия либо мыслительные акты.

Обсессивно-компульсивное расстройство личности (obsessive-compulsive personality disorder) — расстройство личности, при котором человек настолько сосредоточен на правильности, перфекционизме и контроле, что он или она теряют свою гибкость, открытость и эффективность.

Обусловливание (conditioning) — простая форма научения, когда данный стимул вызывает данную реакцию.

Обучение в зависимости от состояния (state-dependent learning) — обучение, которое начинает ассоциироваться с условиями, в которых оно проводилось, и поэтому материал лучше всего вспоминается в тех же самых условиях.

Обучение личной эффективности (personal effectiveness training) — программа групповой терапии, когда участники группы работают друг с другом с целью совершенствования «экспрессивных» действий, таких как контакт глаз, выражение лица, интонация голоса и поза.

Обучение методу самоинструкций (self-instruction training) — когнитивный терапевтический подход, разработанный Дональдом Мейхенбаумом, при котором пациента обучают во время периодов стресса или физического дискомфорта использовать конструктивные мысленные установки, помогающие справиться с неприятными ощущениями. Другое название — *прививка от стресса*.

Обучение отстающих детей вместе с нормальными (mainstreaming) — метод, при котором психически отсталые дети помещаются в обычные классы вместе с нормальными детьми.

Общественный подход к лечению психического здоровья (community mental health approach) — философия лечения, основанная на заботе общества о людях с психологическими трудностями.

Обязанность защищать (duty to protect) — принцип, заключающийся в том, что терапевты должны нарушить конфиденциальность, чтобы защитить человека, который может стать жертвой их клиента.

Односторонняя электрошоковая терапия (unilateral electroconvulsive therapy) — форма электрошоковой терапии, когда электроды прикрепляются к голове так, что электрический ток проходит только через одну сторону мозга.

Оперантное обусловливание (operant conditioning) — процесс научения, при котором поведение, приносящее удовлетворительные последствия или вознаграждения, будет, скорее всего, повторено.

Опиат (opioid) — опиум или любой из наркотиков, получаемых из опиума, в том числе морфин, героин и кодеин.

Опиум (opium) — сильный наркотик, изготавливаемый из сока опийного мака.

Оппозиционное расстройство неповиновения (oppositional defiant disorder) — детское психическое расстройство, когда дети постоянно ссорятся со взрослыми, выходят из себя и чувствуют сильный гнев и негодование.

Опросник ответов — тест, предназначенный для оценки ответов индивида на темы одной из специфических сфер функционирования, таких как аффект, социальные навыки или познавательные процессы.

Оральная стадия (oral stage) — самая ранняя стадия развития в концепции психосексуального развития Фрейда, во время которой ребенок получает удовольствие от кормления и от частей тела, участвующих в нем.

Оргазм (orgasm) — пик сексуального удовольствия, состоящий из ритмических мышечных сокращений в области таза, во время которых происходит эякуляция мужского семени и сокращение внешней трети женской вагины.

Оргазмическая переориентация (orgasmic reorientation) — процедура лечения некоторых парафилий, когда клиентов учат реагировать на новые, более подходящие источники сексуальной стимуляции.

Осложнения при родах (birth complications) — сложные биологические условия при родах, влияющие на нормальное физическое и психологическое состояние ребенка.

Основная личность (primary personality) — слабо выраженная личность, появляющаяся чаще других у людей, страдающих от расстройства множественной личности.

Остаточный тип шизофрении (residual type of schizophrenia) — тип шизофрении, при которой количество и яркое проявление острых симптомов шизофрении уменьшилось, однако они сохранились в остаточной форме.

Острое стрессовое расстройство (acute stress disorder) — расстройство, в котором страх и сопутствующие симптомы возникают вскоре после травматического события и длятся меньше месяца.

Отдел головного мозга (brain region) — отдельная область мозга, формируемая большой группой нейронов.

Отклонение (deviance) — отклонение от обычных паттернов поведения.

Отрицание (denial) — защитный механизм Эго, при помощи которого человек отказывается признавать неприемлемые мысли, чувства или действия.

Отрицатель смерти (death ignorer) — человек, совершающий попытку самоубийства и не признающий смерть как конец своего существования.

Отсутствие воли (avolition) — симптом шизофрении, характеризующийся апатией и неспособностью начать или закончить серию действий.

Оценка (assessment) — процесс сбора и интерпретации релевантной информации о клиенте или предмете.

П

Память (memory) — способность вспоминать о событиях в прошлом и прошлом обучении.

Паническое расстройство (panic disorder) — тревожное расстройство, характеризующееся повторяющимися и непредсказуемыми приступами паники.

Паническое расстройство и агорафобия (panic disorder with agoraphobia) — паническое расстройство, при котором приступы паники приводят к избеганию пребывания в людных местах.

Параноидное расстройство личности (paranoid personality disorder) — расстройство личности, характеризующееся симптомами крайнего недоверия и подозрительности к другим людям.

Параноидный тип шизофрении (paranoid type of schizophrenia) — тип шизофрении, при которой у человека формируется целостная система бреда и галлюцинаций.

Парасимпатическая нервная система (Parasympathetic nervous system) — группа нервных волокон вегетативной нервной системы, помогающая поддерживать нормальное функционирование органа. Она замедляет функционирование органа после стимуляции и преобразует другие телесные процессы в нормальные.

Парасомнии (parasomnia) — расстройства, характеризующиеся аномальными явлениями во время сна.

Парасуицид (parasuicide) — попытка самоубийства, которая не заканчивается смертью.

Парафилии (paraphilias) — расстройства, характеризующиеся постоянными и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, связанным с неодушевленными предметами, детьми, взрослыми, собственными страданиями или унижениями других.

Пассивно-агрессивное расстройство личности (passive-aggressive personality disorder) — категория личностного расстройства, (указанная в прошлых версиях ДСМ), характеризующаяся паттерном негативных установок и сопротивлением требованиям других людей.

Патологическая страсть к игре (гемблинг) (pathological gambling) — расстройство контроля импульсов, характеризующееся повторяющимся влечением к различным играм, которое разрушает личность, семью или пагубно сказывается на карьере.

Патологическая психология (abnormal psychology) — научное исследование патологического поведения с целью описать, предсказать, объяснить и изменить патологическое поведение.

Паттерн гипомании (hypomanic pattern) — паттерн, при котором человек проявляет симптомы мании, но эти симптомы менее острые и меньше калечат человека, чем мания.

Педофилия (pedophilia) — парафилия, при которой человек обладает повторяющимися и интенсивными сексуальными импульсами или фантазиями о том, как он наблюдает, прикасается или занимается сексом с детьми, не достигшими половой зрелости, и порой человек осуществляет свои фантазии.

Первичная бессонница (primary insomnia) — трудности при засыпании или

неспособность долго спать не просыпаясь на протяжении, по крайней мере, одного месяца, вызывающие существенные нарушения в функционировании организма.

Первичная гиперсомния (primary hypersomnia) — исключительная сонливость, владеющая человеком на протяжении не менее чем одного месяца. Человек может испытывать потребность спать больше, чем обычно, времени или спать также и днем.

Первичная выгода (primary gain) — в психодинамической теории эта цель достигается, когда истерические симптомы не позволяют осознать внутренние конфликты.

Переедание (нервно-психическая анорексия очистительного типа) (binge-eating /purging type anorexia nervosa) — тип анорексии, когда люди переедают и при этом сбрасывают лишний вес, заставляя себя срыгивать съеденную пищу или злоупотребляя слабительными или диуретиками.

Переменная (variable) — любая характеристика или событие, которое может изменяться в зависимости от времени, когда они возникают, места и у каких людей.

Перенос (transference) — согласно теоретикам психодинамики, процесс, при котором пациенты во время психотерапии ведут себя с терапевтами так, как они вели или ведут себя с людьми, занимающими важное место в их жизни.

Перечень реакций (response inventory) — тест, предназначенный для определения реакций человека в одной специфической области функционирования, например, аффекта, социального навыка или когнитивных процессов.

Периодическое взрывное расстройство (intermittent explosive disorder) — расстройство контроля импульсов, когда людям периодически не удается сопротивляться агрессивным импульсам, это приводит к серьезным нападениям на других людей и к разрушению собственности.

Персеверация (perseveration) — постоянное повторение слов и утверждений.

Печаль (grief) — реакция, переживаемая человеком, когда он утрачивает любимого человека.

Пиромания (pyromania) — расстройство контроля импульсов, когда человек устраивает пожары ради удовольствия, удовлетворения или облегчения от напряжения.

Планирование вслепую (blind design) — эксперимент, в котором испытуемые не знают, находятся они в экспериментальной или в контрольной группе.

Планирование эксперимента в стиле АБАБ (ABAB design) (см. возвратное планирование).

Плацебо (placebo) — поддельное лечение, которое пациент считает настоящим.

Плетизмограф (plethysmograph) — аппарат, использующийся для измерения сексуального возбуждения.

Поведение (behaviors) — реакция организма на окружающую среду.

Поведенческая (бихевиористская) медицина — терапевтический подход, сочетающий в себе психологическое и физиологическое вмешательство с целью лечения или предотвращения болезни.

Пограничное расстройство личности (borderline personality disorder) — расстройство личности, при котором человек проявляет постоянную нестабильность в межличностных взаимоотношениях, у него крайне нестабильная самооценка, резко меняется настроение и поведение отличается крайней импульсивностью.

Погружение (экспозиция) и предотвращение ответных действий (exposure and response prevention) — бихевиористский метод терапии обсессивно-компульсивного расстройства, в котором люди сталкиваются с вызывающими тревогу мыслями или ситуациями и затем удерживаются от осуществления своих навязчивых действий.

Подавление (repression) — защитный механизм, в котором Эго мешает неприемлемым импульсам достичь сознания.

Поддерживающий уход (supporting nursing care) — лечение, применяющееся для анорексии, когда обученные сестры проводят ежедневную больничную программу.

Подкрепление (reinforcement) — желательные и нежелательные стимулы, являющиеся результатом поведения организма.

Позитивная корреляция (positive correlation) — статистические взаимоотношения, в которых величины двух переменных одновременно или возрастают или снижаются.

Позитивные симптомы (positive symptoms) — симптомы шизофрении, кажущиеся эксцессами, то есть странными дополнениями к нормальным мыслям, эмоциям и поведению.

Позитронная эмиссионная томография (ПЕТ-сканирование) (positron emission tomography) — выполненная на компьютере динамичная картина, показывающая интенсивность обмена веществ в мозге.

Познание (cognition) — способность думать, вспоминать и предвидеть.

Полиграф (polygraph) — аппарат, при помощи которого определяется степень правдивости человека, отвечающего на тест, измеряется физиологическая реакция и сердцебиение. Также называется *детектором лжи*.

Помехи (confounds) — в эксперименте это переменные, отличающиеся от независимой переменной, которые также могут оказать влияние на зависимую переменную.

Понимание закономерностей (номотетическое понимание) (nomothetic understanding) — целостное понимание природы, причин и лечения патологий в форме законов и принципов.

Послеродовая депрессия (postpartum depression) — эпизод депрессии, начинающийся для некоторых новых матерей в течение четырех недель после рождения ребенка.

Постоянный терапевтический центр (residential treatment center) — место, где люди, раньше зависимые от наркотиков, живут, работают и общаются в обстановке, лишенной наркотиков. Также этот центр называется *терапевтической группой*.

Посттравматическое стрессовое расстройство (posttraumatic stress disorder) — тревожное расстройство, при котором страх и сопутствующие симптомы сохраняются длительное время после травматического события.

Право на лечение (right to treatment) — официальное право пациентов, в особенности попавших в больницу против своей воли, получить адекватное лечение.

Право на отказ от лечения (right to refuse treatment) — законное право пациентов отказаться от некоторых форм лечения.

Предрасположенность (predisposition) — врожденная или приобретенная склонность к развитию некоторых симптомов или расстройств.

Преждевременная эякуляция (premature ejaculation) — дисфункция, при которой мужчина достигает оргазма и эякулирует до или вскоре после проникновения пениса в вагину или раньше, чем этого желает.

Преморбидный период (premorbid) — период, предшествующий наступлению расстройства.

Преследование по суду врачебной ошибки (malpractice lawsuit) — официальное преследование терапевта в суде и обвинение его в неправильном проведении лечения.

Пресыщение мастурбацией (masturbation satiation) — терапия, при которой клиент мастурбирует в течение очень длительного периода времени, представляя подробно объект своей парафилии. Как ожидается, эта процедура должна вызывать чувство скуки, ассоциируемое с предметом.

Предлобные доли (prefrontal lobes) — области мозга, играющие ключевую роль в краткосрочной памяти среди других функций.

Признание невиновности на основании умопомешательства (not guilty by reason of insanity) — вердикт, постановляющий, что обвиняемые не виновны в совершении преступления, потому что они находились в этот момент в состоянии безумия.

Принудительное лечение в гражданском порядке (civil commitment) — легальный процесс, когда некоторых людей заставляют проходить психиатрическое лечение.

Принудительное лечение в уголовном порядке (criminal commitment) — легальный процесс, когда преступники, обвиняемые в совершении преступления, признаются психически нестабильными и отправляются в психиатрическую больницу на лечение.

Принцип реальности (reality principle) — осознание того, что мы не можем всегда выражать или удовлетворять импульсы нашего Ид.

Принцип удовольствия (pleasure principle) — стремление к получению наслаждения, которое характеризует функционирование Ид.

Приподнятое настроение (high) — приятное ощущение релаксации и эйфории, следующее после приема некоторых наркотиков.

Приступ паники (panic attack) — внезапно наступающая и периодически повторяющаяся непродолжительная вспышка паники.

Приют (asylum) — учреждение, которое в XVI веке предназначалось для оказания помощи людям с психическими нарушениями. Большая часть подобных заведений

практически превратилась в настоящие тюрьмы.

Пробанд (proband) — человек, с которого начинается генетическое исследование.

Программа жетонной (символической) экономики (token economy program) — программа поведения, в которой желаемое поведение человека систематически подкрепляется в течение дня символическими призами, которые можно обменять на товары или привилегии.

Программа поддержания метадона (methadone maintenance program) — программа лечения зависимости от героина, когда людям официально прописывают дозы метадона — опиата, сделанного в условиях лаборатории, как замену героина.

Программа помощи служащим (employee assistance program) — программа по укреплению психического здоровья, которую некоторые фирмы предлагают своим служащим.

Программа по предупреждению суицида (suicide prevention program) — программа, в которой делается попытка выявить людей, которые могут попытаться покончить с собой, и этим людям предлагают кризисное вмешательство.

Программа по управлению лечением (managed-care program) — программа страхования, в которой страховая компания определяет группу терапевтов, затраты и продолжительность лечения.

Программа по управлению стрессом (stress management program) — подход к лечению генерализованного и других тревожных расстройств, обучающий людей техникам снижения и контролирования стресса.

Прогрессивный паралич (general paresis) — необратимое расстройство, в число симптомов которого входят и психические симптомы, например, бред величия. Причиной прогрессивного паралича является сифилис.

Продромальная фаза (prodromal phase) — период, во время которого симптомы шизофрении еще незаметны, однако человек хуже функционирует, чем раньше.

Проективный тест (projective test) — тест, при котором испытуемый должен интерпретировать нечеткие стимульные материалы или реагировать на них.

Проекция (projection) — защитный механизм Эго, когда свои нежелательные импульсы или характеристики человек приписывает другим.

Произвольный вывод (arbitrary inference) — ошибка в логике, при которой человек делает негативное умозаключение на основе недостаточной или даже противоположной информации.

Промежуточный мозг (diencephalon) — часть переднего мозга, состоящая из эпителиума, заднего таламуса, метаталамуса и гипоталамуса, которая среди других функций играет ключевую роль в трансформации памяти из краткосрочной в долгосрочную.

Проработка (working through) — психодинамический процесс, заключающийся в многократном переживании конфликтов, различном истолковании чувств и устранении проблем пациента.

Противотревожные лекарства (antianxiety drugs) — психотропные лекарства, которые помогают снять напряжение и тревогу. Другие названия: малые транквилизаторы (minor tranquilizers) и анксиолитики (anxiolytics).

Профилактика (prevention) — ключевая особенность программ психического здоровья сообщества, заключающаяся в предупреждении психических расстройств или снижении их числа.

Процедурная память (procedural memory) — память о приобретенных навыках, когда человек выполняет операции автоматически.

Психическая некомпетентность (mental incompetence) — состояние психической нестабильности, не позволяющее обвиняемым понять обвинения и процедуры, и неспособность адекватно подготовить защиту со своими адвокатами.

Психическая отсталость (mental retardation) — расстройство, при котором общее интеллектуальное функционирование и адаптивное поведение людей ниже среднего.

Психически больные люди, злоупотребляющие наркотиками (mentally ill chemical abusers) — люди, страдающие от шизофрении (или другого сильного психологического расстройства) и расстройства, обусловленного наркотиками.

Психоанализ (psychoanalysis) — теория или лечение психических патологий, согласно которым причинами этих нарушений являются подсознательные психические процессы.

Психогенная точка зрения (psychogenic perspective) — теория, согласно которой главные причины патологического поведения носят психологический характер.

Психоделические наркотики (psychedelic drugs) — вещества, такие как ЛСД,

вызывающие сильные изменения в восприятии. Также называются *галлюциногенными наркотиками*.

Психодинамическая модель (psychodynamic model) — теоретическое представление о том, что все человеческое функционирование формируют динамические (интерактивные) психологические силы; психотерапевты этого направления анализируют бессознательные конфликты людей, для того чтобы объяснить их поведение.

Психодинамическая терапия (psychodynamic therapy) — система терапии, цель которой помочь клиентам вспомнить травматические события в прошлом и о внутренних конфликтах, возникших из них, разрешить эти конфликты и возобновить личное развитие.

Психологическая аутопсия (psychological autopsy) — процедура, используемая для анализа информации об умершем человеке, например, чтобы определить, была ли смерть человека самоубийством.

Психоз (psychosis) — состояние, когда человек утрачивает контакт с реальностью в основных сферах.

Психомоторные симптомы (psychomotor symptoms) — нарушения движения, проявляющиеся при некоторых расстройствах, таких как шизофрения.

Психонейроиммунология (psychoneuroimmunology) — наука, которая занимается исследованием связей между психосоциальным стрессом, иммунной системой и здоровьем.

Психопатия (см. антисоциальное расстройство личности).

Психопатология (psychopathology) — патологический паттерн функционирования, который можно описать как паттерн отклонения, дистресса, дисфункции и или опасности.

Психосексуальные стадии (psychosexual stages) — стадии развития, определяемые Фрейдом, при которых Ид, Эго и Суперэго взаимодействуют.

Психосоматические болезни (psychosomatic illnesses) — болезни, возникающие в результате взаимодействия как физических, так и психологических причин. ДСМ-IV характеризует эти болезни как физические факторы, влияющие на медицинское состояние. Их еще называют психофизиологическими болезнями.

Психотерапия (psychotherapy) — система лечения, при которой клиент (пациент) и терапевт используют слова и действия для того, чтобы клиент мог преодолеть психологические проблемы.

Психотропные препараты (psychotropic medications) -лекарства, которые воздействуют прежде всего на головной мозг и снимают многие симптомы психической дисфункции.

Психофармаколог (psychopharmacologist) — психиатр, в основном занимающийся выписыванием лекарств. Также его называют фармакотерапевтом.

Психофизиологические расстройства (psychophysiological disorders) — болезни, являющиеся результатом взаимодействия как психосоциальных, так и физических факторов. Также называются психосоматическими расстройствами (psychosomatic disorders).

Психофизиологический тест (psychophysiological test) — тест, при помощи которого измеряют физиологические реакции (такие как сердцебиение и напряжение мышц) в качестве возможных показателей психологических проблем.

Психохирургия (psychosurgery) — хирургические операции на головном мозге при психических расстройствах.

Р

Распространенность (prevalence) — общее число случаев расстройств, возникающих в данном слое населения за определенный период времени.

Расстройства контроля импульсов (impulse-control disorders) — расстройства, при которых люди постоянно не могут сопротивляться импульсам, драйвам или искушению выполнить действие, причиняющее вред им самим или другим людям.

Расстройство гендерной идентичности (gender identity disorder) — расстройство, при котором человек постоянно чувствует дискомфорт, связанный с его или ее полом и испытывает сильное желание сменить пол. Это явление называется также транссексуализмом.

Расстройство гиперактивности и дефицита внимания (attention-deficit hyperactivity disorder ADHD)) — расстройство, при котором люди неспособны сосредоточить свое внимание или ведут себя сверхактивно и импульсивно, или и то и другое.

Расстройство женского сексуального возбуждения (female sexual arousal disorder) — женская дисфункция, характеризующаяся постоянной неспособностью достичь и поддержать адекватную смазку или набухание гениталий во время сексуальной активности.

Расстройство личности (personality disorder) — очень ригидный образец внутренних переживаний и внешнего поведения, отличающийся от ожиданий в культуре и приводящий к дисфункциям.

Расстройство множественной личности (multiple personality disorder) (см. диссоциативное расстройство личности).

Расстройство настроения (mood disorder) — расстройство, влияющее на эмоциональное состояние человека, в том числе на монополярное депрессивное расстройство и биполярные расстройства.

Расстройство научения (learning disorder) — расстройство развития, характеризующееся ослаблением когнитивных навыков, например, таких как чтения, математики или языковых навыков.

Расстройство поведения (conduct disorder) — психическое расстройство детского возраста, когда ребенок намеренно нарушает базовые права других людей, проявляет агрессию и порой разрушает собственность других, лжет или убегает из дома.

Расстройство сниженного сексуального желания (hypoactive sexual disorder) — расстройство, характеризующееся отсутствием интереса к сексу.

Расстройство режима сна-бодрствования (circadian rhythm sleep disorder) (см. нарушение суточного ритма).

Расстройство, связанное с болевыми ощущениями во время занятий сексом (sexual pain disorder) — дисфункция, когда человек испытывает боль во время возбуждения или совокупления. Смотри также диспареуния и вагинизм.

Расстройство, связанное с лекарствами (substance-related disorder) — паттерн неприспособленного поведения, построенный на использовании, злоупотреблении или зависимости от определенных лекарств.

Расстройство, связанное с ночными кошмарами (nightmare disorder) — нарушение сна, при котором человек хронически видит пугающие и вызывающие стресс сновидения.

Расстройство, связанное с применением нескольких лекарств (polysubstance-related disorder) — длительный паттерн плохой приспособленности, связанный со злоупотреблением или зависимостью от сочетания нескольких лекарств.

Расстройство, связанное с сексуальным отвращением (sexual aversion disorder) — расстройство, характеризующееся отвращением и уклонением от сексуального взаимодействия.

Расстройство, связанное с тревогой разлуки (separation anxiety disorder) — детское психическое расстройство, характеризующееся чрезвычайной тревожностью, даже паникой, когда ребенок отделяется от дома или родителей.

Расстройство сна, связанное с нарушением дыхания (breathing-related sleep disorder) — расстройство сна, когда сон часто прерывается из-за того, что человек задыхается, в результате человек спит очень долго или страдает от бессонницы из-за того, что время от времени прекращается доступ кислорода в головной мозг.

Расстройство формального мышления (formal thought disorder) — нарушение в формировании и организации мышления, частый симптом при шизофрении.

Рационализация (rationalization) — защитный механизм Эго, когда человек придумывает приемлемые объяснения для нежелательного поведения.

Рационально-эмотивная терапия (rational-emotive therapy) — разработанная Альбертом Эллисом когнитивная терапия, помогающая людям определить и изменить иррациональные убеждения и ход мыслей, которые способствуют развитию психологических трудностей.

Реактивная депрессия (reactive depression) — депрессия, явно спровоцированная событиями в жизни. Также ее еще называют экзогенной депрессией.

Реактивное образование — защитный механизм Эго, заключающийся в том, что человек противостоит своим неприемлемым желаниям, избирая такой жизненный стиль, который прямо противоположен его нежелательным импульсам.

Реактивность (reactivity) — степень, в которой само присутствие наблюдателя влияет на поведение человека.

Регрессия (regression) — защитный механизм Эго, при котором человек возвращается к более примитивному способу взаимодействия с миром.

Релаксационные тренировки (relaxation training) — терапия, обучающая людей

расслабляться по собственному желанию.

Ретикулярная формация (reticular formation) — центр возбуждения в мозге, помогающий людям находиться в сознании, испытывать тревогу и быть внимательными.

Ретроградная амнезия (retrograde amnesia) — недостаток памяти о событиях, произошедших до события, спровоцировавшего амнезию.

Ретроспективный анализ (retrospective analysis) — психологическая аутопсия, при которой клиницисты и исследователи собирают полную информацию о личности самоубийцы на основании фактов его жизни.

Рецептор (receptor) — участок нейрона, принимающий нейротрансмиттер.

Рисперидон (risperidone) — часто прописываемое атипичное антипсихотическое лекарство.

Риталин (Ritalin) — торговая марка метилфенидата, стимулирующее лекарство, помогающее во многих случаях расстройства дефицита внимания и гиперактивности.

Ролевая игра (role play) — техника терапии, при которой клиентов обучают играть роли, назначенные им терапевтом.

Роль наблюдателя (spectator role) — состояние сознания, испытываемое некоторыми людьми во время секса, когда они сосредоточиваются на своем сексуальном поведении до такой степени, что занимаются сексом без удовольствия и не испытывают оргазма.

Самоактуализация (self-actualization) — гуманистический процесс, в котором люди реализуют свой потенциал добра и роста.

Самогипноз (self-hypnosis) — процесс введения в транс самого себя — например, с целью забывания о неприятных событиях.

Самомониторинг (self-monitoring) — техника наблюдающего поведения, когда клиенты наблюдают за самими собой.

Самоэффективность (self-efficacy) — идея, что человек может овладеть необходимыми поведенческими реакциями и демонстрировать их всякий раз, когда это требуется.

Светотерапия (light therapy) — лечение сезонного (аффективного) расстройства настроения, когда пациентов в течение нескольких часов подвергают воздействию дополнительного света. Этот метод называется также фототерапией.

Свободные ассоциации (free association) — психодинамическая техника, когда человек описывает любую мысль, чувство или образ, пришедший ему в голову, даже когда он кажется ему незначительным.

Седативно-снотворные средства (sedative-hypnotic drugs) — препараты, которые в небольших дозах действуют успокаивающе, а в больших дозах помогают людям уснуть.

Сезонное (аффективное) расстройство настроения (seasonal affective disorder (SAD)) — расстройство настроения, при котором повышенная секреция мелатонина зимой способствует тому, что движения человека замедляются, он становится менее энергичным, нуждается в более продолжительном отдыхе, и эта замедленность действий принимает каждую зиму форму депрессии.

Сексуальная дисфункция (sexual dysfunction) — расстройство, при котором человек не способен функционировать нормально в некоторых областях цикла сексуального реагирования человека.

Сексуальный мазохизм (sexual masochism) — парафилия, характеризующаяся повторяющимися и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, когда человека унижают, бьют, связывают или как-то иначе заставляют страдать.

Сексуальный садизм (sexual sadism) — парафилия, характеризующаяся повторяющимися и интенсивными сексуальными импульсами, фантазиями или поведением, включающим причинение страдания другим.

Селективные ингибиторы пресинаптического (обратного) захвата серотонина (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) — группа антидепрессантов второго поколения, которые повышают активность серотонина, не влияя на другие нейротрансмиттеры.

Селф-психология (self-theory) — психодинамическая теория, которая делает акцент на роли «я» — совокупной личности человека.

Семейная терапия (family therapy) — терапевтический метод, в котором терапевт встречается со всеми членами семьи и помогает им измениться посредством

терапевтических приемов.

Семинары по снижению стресса (stress-reduction seminars) — семинары или групповые сессии, предлагающиеся в некоторых фирмах, когда профессионалы по психическому здоровью учат своих работников справляться со стрессом, разрешать проблемы и снимать стресс. Также известны как семинары по разрешению проблем.

Семья с тесными связями (enmeshed family pattern) — семья, члены которой чересчур вовлечены в дела друг друга и чересчур заботятся об их благополучии.

Сенильные бляшки (senile plaques) — отложения бета-амилоидного протеина округлой формы в промежутке между некоторыми клетками мозга и в некоторых кровеносных сосудах по мере того, как люди стареют.

Серотонин (serotonin) — медиатор, аномальная активность которого связана с депрессией, обсессивно-компульсивным расстройством и расстройствами аппетита.

Сеть неотложной помощи в катастрофах (Disaster Response Network) — сеть из тысяч добровольцев в области психического здоровья, мобилизующихся для предоставления срочной бесплатной психологической помощи в местах катастроф в Северной Америке.

Сильная умственная отсталость (severe retardation) — уровень психической отсталости (коэффициент умственного развития IQ между 20 и 34), когда людям требуется тщательное наблюдение и они могут выполнять базовую работу в структурированной и защищенной обстановке.

Символическая утрата (symbolic loss) — согласно теории Фрейда, потеря высоко ценимого объекта (например, потеря работы), которая неосознанно интерпретируется как утрата любимого человека. Другое название — воображаемая утрата (imagined loss).

Симпатическая нервная система (sympathetic nervous system) — нервные волокна вегетативной нервной системы, ускоряющие сердцебиение и вызывающие другие изменения, переживаемые как страх или тревога.

Симптом (symptom) — физический или психологический признак расстройства.

Симптомы Паркинсона (Parkinsonian symptoms) — симптомы, схожие с теми, которые были обнаружены при болезни Паркинсона. Пациенты с шизофренией, принимающие традиционные антипсихотические средства, могут проявлять один или более из этих симптомов.

Симулятивное (искусственное) расстройство (factitious disorder) — заболевание, не имеющее какой-либо видимой физиологической причины, при котором считается, что пациент намеренно вызывает или симулирует свои симптомы, желая играть роль больного.

Симуляция (malingering) — намеренная симуляция для достижения внешних целей, таких как финансовая компенсация или отсрочка от армии.

Синапс (synapse) — микроскопическое пространство между нервным окончанием одного нейрона и дендритом другого.

Синдром (syndrome) — сочетание симптомов, которые обычно проявляются вместе.

Синдром апноэ во сне (sleep apnea) — расстройство, при котором во время сна человек часто перестает дышать на 30 секунд и более.

Синдром Брике (Briquet's syndrome) (см. соматизированное расстройство).

Синдром Дауна (Down syndrome) — форма психической отсталости, взаимосвязанная с патологией в двадцать первой хромосоме.

Синдром Корсакова (Korsakoff's syndrome) — амнестическое расстройство, характеризующееся крайней спутанностью, ослаблением памяти и другими неврологическими симптомами, вызванными длительным алкоголизмом, сопровождающей плохой диетой и дефицитом витамина B1 (тиамина).

Синдром Мюнхгаузена (Munchausen syndrome) — крайняя и длительная форма симулятивного (искусственного) заболевания, при которой человек вызывает у себя симптомы, добивается госпитализации и подвергается лечению.

Синдром недостатка вознаграждения (syndrome reward-deficiency) — состояние, которое возникает у некоторых людей, когда после обычных событий в жизни вознаграждающий центр мозга медленно активизируется.

Синдром отмены (withdrawal) — состояние, характеризующееся неприятными и порой опасными реакциями — оно возникает, когда люди, использующие лекарство регулярно, перестают его применять или снижают дозировку.

Синергический эффект (synergistic effect) — в фармакологии это усиление эффектов, возникающие, когда на тело одновременно действует больше одного лекарства.

Синестезия (synesthesia) — изменение сенсорного восприятия, вызванное ЛСД и другими галлюциногенными наркотиками. Например, человеку может показаться, что он видит громкий звук или слышит какой-то цвет.

Система защиты (protection and advocacy system) — система, когда адвокаты, работающие для пациентов, могут исследовать и защищать права пациентов во время лечения.

Система классификации (classification system) — список расстройств вместе с описаниями симптомов и указаний для правильной постановки диагнозов.

Система наблюдения за клиентами (peer review system) — система, при которой клиницисты, получающие зарплату через страховую компанию, могут периодически отмечать прогресс своих пациентов и рекомендовать продолжение или окончание действия страховки.

Система увеличения коммуникации (augmentative communication system) — метод обучения коммуникационным навыкам людей с аутизмом, психическим замедлением или церебральным параличом, когда им показывают картинки, символы, буквы или слова на доске для коммуникаций или компьютере.

Систематическая десенсилизация (systematic desensitization) — бихевиористская техника, использующая тренинг релаксации и составление иерархии страхов для того, чтобы помочь людям с фобиями спокойно реагировать на пугающие их предметы или ситуации.

Ситуационная тревожность (situation anxiety) — различные уровни тревоги, возникающие у человека в различных ситуациях. Также называется средовая тревожность.

Скрытая десенсилизация (covert desensitization) — десенсибилизация, когда человек в состоянии релаксации сосредотачивается на воображаемых столкновениях с пугающими предметами или ситуациями.

Скрытая сенситизация (covert sensitization) — терапия поведения, направленная на исключение нежелательного поведения, когда это поведение сравнивается с неприятными психическими образами.

Слабая психическая отсталость (mild retardation) — уровень психической отсталости (коэффициент умственного развития IQ от 50 до 70), когда люди могут получать пользу от образования и обеспечивать самих себя в зрелом возрасте.

Слабо выраженные личности (subpersonalities) — различные личности, обнаруживающиеся у людей, страдающих от расстройств множественной личности. Также известны как альтернативные личности.

Слияние (fusion) — окончательное слияние двух или более подличностей при расстройстве множественной личности.

Слуховые галлюцинации (auditory hallucination) — галлюцинация, когда человек слышит мнимые звуки и голоса.

Случайная выборка (random assignment) — процедура выбора, которая гарантирует, что испытуемые случайным образом помещаются или в контрольную или в экспериментальную группу.

Смешанное планирование (mixed design) — планирование исследования, при котором корреляционный метод объединяется с экспериментальным. Также называется квазиэкспериментом.

Смещение (displacement) — защитный механизм Эго, направляющий неприемлемые импульсы Ид к другой более безопасной замене.

Сновидение (dream) — серия мыслей и образов, которые возникают во время сна и интерпретируются теоретиками психодинамического направления как подсказки, дающие ключ к бессознательному.

Снохождение (лунатизм) (sleepwalking disorder) — парасомния, при которой люди периодически покидают постель и бродят, не осознавая своих действий, о которых они утром ничего не помнят. Чаще всего встречается у детей.

Соматизированное расстройство (somatization disorder) — соматоформное расстройство, которое характеризуется множеством повторяющихся физических недомоганий, не имеющих органической основы. Также называется синдромом или расстройством Брика.

Соматогенная точка зрения (somatogenic perspective) — взгляды, согласно которым патология психической функции имеет физические причины.

Соматоформное расстройство (somatoform disorder) — физическая болезнь или недомогание, которые объясняются, в основном, психологическими причинами и при которых пациент сознательно не желает болеть и не организует свои симптомы.

Сообщник (confederate) — помощник экспериментатора, который помогает создать особое впечатление в ходе эксперимента, разыгрывая из себя другого человека.

Соответствие (concordance) — статистические данные о частоте, с которой члены семьи (часто оба близнеца в паре) обладают одинаковыми характеристиками.

Соппротивление (resistance) — защитный механизм, который блокирует свободные ассоциации человека или заставляет его сменить тему, чтобы избежать неприятного обсуждения.

Сопутствующий патологический процесс (comorbidity) — возникновение двух или более расстройств у одного и того же человека.

Сосредоточенность на чувственности (sensate focus) — лечение сексуальных расстройств, когда пары обучают отвлекаться от оргазма или совокупления и вместо этого концентрироваться на удовольствии, достигающимся при таких действиях, как поцелуи, объятия и взаимный массаж. Также эта техника называется нетребовательным удовольствием.

Сосудистое слабоумие (vascular dementia) — слабоумие, обусловленное цереброваскулярным несчастным случаем или ударом, ограничивающим приток крови к некоторым областям мозга. Также называется мультиинфарктным слабоумием.

Социальная терапия (Social therapy) — метод в терапии, когда при лечении шизофрении основное внимание терапевт уделяет практическим советам и приспособленности в жизни. Терапия также уделяет основное внимание разрешению проблем, принятию решений, развитию социальных навыков и менеджменту лекарственных средств. Также известна как личностная терапия.

Социокультурная модель (sociocultural model) — теоретическая точка зрения, подчеркивающая влияние общества, культуры, социальных и семейных групп на поведение отдельного человека.

Социология (sociology) — исследование человеческих взаимоотношений и социальных групп.

Социопатия (sociopathy) (см. антисоциальное расстройство личности).

Социофобия (social phobia) — сильный и стойкий страх перед социальными ситуациями или выступлениями, в которых может наступить замешательство.

Специфическая фобия (specific phobia) — сильный и устойчивый страх перед конкретным предметом или ситуацией (исключая агорафобию и социофобию).

Стандартизация (standardization) — процесс, при котором тестируется большая группа людей и их выполнение задания впоследствии служит общим стандартом или нормой, с которой сравниваются результаты отдельного человека.

Статистическая значимость (statistical significance) — определение вероятности того, что данные исследования получены случайно, а не в результате экспериментальных манипуляций.

Статистический анализ (statistical analysis) — применение принципов возможности к данным исследований для того, чтобы узнать, насколько вероятно, что данные получены случайно.

Стимулирующее лекарство (stimulant drug) — вещество, усиливающее активность центральной нервной системы.

Страх (fear) — физиологический и эмоциональный ответ центральной нервной системы на серьезную угрозу благополучию человека.

Стрессовый ответ (stress reaction) — индивидуальные реакции человека на стресс.

Стрессор (stressor) — событие, которое вызывает ощущение угрозы, сталкивая человека с необходимостью или вероятностью каких-либо изменений.

Структурированное наблюдение (structured observation) — метод наблюдения за поведением, когда за людьми наблюдают в искусственной обстановке, например, в офисах клиницистов или в лабораториях.

Сублимация (sublimation) — в психоаналитической теории это изменение направления импульсов Ид в социально приемлемую деятельность, приносящую человеку удовольствие. Сублимация также является защитным механизмом Эго.

Судебная медицина (forensic science) — исследование законодательных тем, относящихся к медицине или психологии.

Суицид (suicide) — смерть, вызванная самим человеком, когда человек действует намеренно, сознательно и прямо.

Суицид на почве аномии (anomic suicide) — самоубийство, которое совершают люди, чье социальное окружение не предоставляет им стабильности и не формирует у них чувства принадлежности.

Суперэго (superego) — в соответствии с Фрейдом, это психологическая сила, включающая сознание, ценности и идеалы человека.

Супружеская терапия (couple therapy) — терапевтический подход, при котором терапевт работает с двумя людьми, находящимися в близких отношениях.

Суточные ритмы (circadian rhythms) — внутренние «часы», включающие повторяющиеся биологические изменения.

T

Такрин (tacrine) — лекарство, использующееся для лечения болезни Альцгеймера, помогающее предотвратить расщепление ацетилхолина.

Танатос (thanatos) — в соответствии с теорией Фрейда это основной инстинкт смерти, отличающийся от инстинкта жизни.

Тарантизм (tarantism) — психическое нарушение, распространенное в Европе между 900 и 1800 гг. н. э., при котором люди внезапно начинали прыгать, танцевать кругами и биться в конвульсиях. Это психическое нарушение известно также как пляска св. Витта.

Тардивная дискинезия (tardive dyskinesia) — состояние, характеризующееся экстрапирамидными эффектами, появляющимися у некоторых пациентов после того, как они принимали традиционные антипсихотические лекарства в течение продолжительного времени.

Теория объектных отношений (object relations theory) — психодинамическая теория, утверждающая, что стремление к взаимоотношениям является главной мотивирующей силой в человеческом поведении.

Теория семейных систем (family systems theory) — теория, которая рассматривает семью как систему взаимодействующих частей и полагает, что члены семьи взаимодействуют в устойчивой манере и руководствуются негласными правилами.

Теория сознания (theory of mind) — представление о том, что поведение людей основывается на их собственных представлениях, намерениях и психическом состоянии, а не на информации.

Терапия (therapy) — систематические действия, направленные на то, чтобы помочь людям преодолеть их психологические проблемы. Участниками этого процесса являются пациент и опытный терапевт, при этом необходимо, чтобы у них был не один сеанс лечения, а серия встреч.

Терапия окружающей среды (milieu therapy) — гуманистический подход к лечению в больнице, основанный на представлении о том, что учреждения могут помочь пациентам выздороветь, создав климат, способствующий самоуважению, индивидуальной ответственности и осмысленной деятельности.

Терапия отвращением (aversion therapy) — лечение, основанное на принципах классического обусловливания, в котором людям постоянно наносят удары током или сообщают другие неприятные стимулы в тот момент, когда они проявляют нежелательное поведение — например, принимают наркотики.

Тест (test) — способ сбора информации о некоторых аспектах психического состояния человека, по которым можно сделать более подробные выводы об этом человеке.

Тест американского института права (American Law Institute test) — официальный тест на умопомешательство, подтверждающий, что человек при совершении преступления находился в состоянии безумия, если из-за психического расстройства он не мог отличить хорошее от дурного или не мог сопротивляться неконтролируемому импульсу к действию.

Тест Дэрема (Durham test) — официальный тест на умопомешательство, который подтверждает, что человек находился в состоянии умопомешательства во время совершения преступления, если действие было результатом психического расстройства или дефекта.

Тест М'Нэгтена (M'Naghten test) — широко применяющийся официальный тест на умопомешательство, который подтверждает, что люди находились в состоянии безумия при совершении преступления из-за психического расстройства, они не знали характера действия или не могли отличить правильного от неверного.

Тест на интеллект (intelligence test) — тест, предназначенный для определения интеллектуальных способностей человека.

Тест на непреодолимый импульс (irresistible impulse test) — официальный тест на умопомешательство, который подтверждает, что человек потерял рассудок при совершении преступления под влиянием «приступа страсти».

Тест на тематическую апперцепцию (Thematic apperception test) — проективный тест, в котором используются картины, показывающие людей в несколько неясной ситуации.

Тест на честность (integrity test) — тест, оценивающий честность испытуемого, прошедшего тестирование.

Тест Роршаха (test Rorschach) — проективный тест, при котором человек реагирует на пятна краски, с помощью которых определяются его психологические качества.

Тестостерон (testosterone) — основной мужской сексуальный гормон.

Тетрагидроканнабинол (tetrahydrocannabinol) — главный активный ингредиент, получаемый из конопли.

Техника скрытого предотвращения ответа (covert response prevention) — бихевиористская методика, при которой терапевт учит клиентов удерживаться или отвлекаться от исполнения навязчивых действий, которые могут возникать во время *тренинга адаптивности*.

Тирамин (tyramine) — вещество, накапливающееся в крови, сильно повышающее давление. Оно обнаруживается во многих видах еды и расщепляется при помощи моноаминоксидазы.

Т-клетка-убийца (killer T-cell) — лимфоцит, который ищет и разрушает клетки тела, зараженные вирусами.

Т-клетка-помощник (helper T-cell) — лимфоцит, идентифицирующий посторонние агенты, увеличивающий число иммунных клеток и способствующий производству других иммунных клеток.

Толерантность (tolerance) — при регулярном использовании наркотика это потребность мозга и тела во все более сильных дозах, чтобы получить прежний эффект наркотика.

Транквилизатор (tranquilizer) — лекарство, ослабляющее тревогу.

Трансвестистский фетишизм (transvestic fetishism) — парафилия, включающая повторяющиеся и сильные сексуальные импульсы, фантазии или поведение, например переодевание в одежду противоположного пола. Также это явление известно как трансвестизм или переодевание.

Требования признания заслуг (conditions of worth) — по мнению клиент-центрированных терапевтов, это внутренние стандарты, в соответствии с которыми человек оценивает одобрение и любовь других людей, определяемые стандартами, которых человек придерживался в детстве.

Тревога (anxiety) — физиологический и эмоциональный ответ центральной нервной системы на ситуацию неопределенной угрозы или опасности.

Тревога, связанная с выполнением действия (performance anxiety) — страх неадекватного выполнения действия и связанного с ним напряжения, переживаемого во время занятий сексом.

Тревожная чувствительность (anxiety sensitivity) — тенденция некоторых людей концентрироваться на своих телесных ощущениях, переоценивать их значимость и интерпретировать как опасные.

Тревожное расстройство (anxiety disorder) — заболевание, в котором тревога является ведущим симптомом.

Тренинг адаптивности (наводнение) (habituation training) — терапевтическая техника, в которой терапевт старается снова и снова вызывать у клиента навязчивые мысли, предполагая, что в результате такие мысли утратят свое угрожающее значение и это станет причиной снижения тревоги.

Тренинг навыков самоконтроля (behavioral self-control training) — когнитивно-бихевиористский подход к лечению злоупотребления алкоголем и зависимостей от психоактивных веществ, заключающийся в обучении людей навыкам контроля за своим поведением и стратегиям, помогающим им справиться с ситуацией и избежать чрезмерного употребления спиртного.

Тренинг предотвращения рецидивов (relapse-prevention training) — метод лечения злоупотребления алкоголем, схожий с тренингом навыков самоконтроля, при котором люди планируют заранее рискованные ситуации и реакции на них.

Тренинг привыкания (habituation training) — терапевтическая техника, при которой терапевт пытается вызвать обсессивные мысли клиента снова и снова и ждет, что эти мысли в конце концов потеряют свой смысл и будут причинять меньше тревоги.

Тренинг социальных навыков (social skills training) — метод терапии, помогающий людям обучиться новым социальным навыкам или усовершенствовать

уже имеющиеся навыки и настойчивость в процессе ролевой игры и воспроизведения желательного поведения.

Тренинг уверенного поведения (assertiveness training) — когнитивно-бихевиористский подход для усиления социально желаемой асертивности (уверенности) в поведении человека.

Трепанация (trephination) — древняя операция, при которой использовался каменный инструмент для того, чтобы проделать в черепе круглое отверстие — возможно, с целью вылечить патологию поведения.

Трисомия (trisomy) — хромосомная патология, в которой человек имеет три хромосомы одного вида вместо обычных двух.

Трихотилломания (trichotyllomania) — расстройство контроля импульсов (или компульсия), когда люди постоянно тянут или даже выдергивают свои волосы, ресницы или брови.

Трициклический антидепрессант (tricyclic drug) — препарат, регулирующий настроение, которое имеет три кольца в своей молекулярной структуре, например имипрамин.

Тяжелая утрата (bereavement) — процесс преодоления печали, ощущаемой человеком, когда у него умирает любимый человек.

Тяжелое депрессивное расстройство (major depressive disorder) — острая форма депрессии, приводящая к тяжелым последствиям и обусловленная иными факторами, нежели употребление лекарств или общее соматическое расстройство.

Тяжелый депрессивный эпизод (major depressive episode) — период, характеризующийся по крайней мере пятью симптомами депрессии и продолжающийся две недели или более. В крайних случаях эпизод может включать в себя психотические симптомы.

У

Умеренная психическая отсталость (moderate retardation) — уровень психической отсталости (IQ от 35 до 49), при котором люди могут научиться заботиться о себе и приобрести профессиональную подготовку.

Управляемое участие (guided participation) (см. моделирование с участием).

Уплотнение эмоций (flat affect) — симптом шизофрении, когда человек почти не проявляет эмоций.

Уровень тревожности (trait anxiety) — основной уровень тревоги, который приносится человеком в различные события его жизни.

Ускорения мышления (loose associations) — распространенное нарушение мышления при шизофрении, включающее быстрое переключение с одной темы разговора на другую.

Условное реагирование (conditioned response) — реагирование, прежде ассоциировавшееся с безусловным стимулом, сначала вызванное обусловленным стимулом.

Условный стимул (conditioned stimulus (CS)) — первоначально это нейтральный стимул, сначала ассоциирующийся с ненейтральным стимулом, впоследствии он может приводить к реакциям, сходным с реакциями, вызванными ненейтральным стимулом.

Установка реакции (response set) — определенный способ отвечать на вопросы или утверждения теста, например, всегда выбирая «правдивые», независимо от настоящих вопросов.

Установление биологической обратной связи (biofeedback training) — терапевтический метод, при котором человек получает информацию о своих спонтанных психологических реакциях по мере того, как они происходят, и учится сознательно контролировать эти реакции.

Установленный вес (weight set point) — заданное значение веса, который человек предполагает поддерживать; отчасти контролируется гипоталамусом.

Утверждения о себе (self-statements) — согласно некоторым когнитивным теоретикам, это утверждения о себе, иногда совершенно непродуктивные, которые приходят в голову во время стрессовых ситуаций.

Ф

Фаза возбуждения (excitement phase) — фаза цикла сексуального реагирования, характеризующаяся изменениями в области таза, общим физическим возбуждением, усилением сердцебиения, мышечным напряжением, повышением кровяного давления и скоростью дыхания.

Фаза желания (desire phase) — фаза цикла сексуальной реакции, включающая

побуждение к занятию сексом, сексуальные фантазии и сексуальное влечение к другим людям.

Фаза оргазма (orgasm phase) — фаза цикла сексуального реагирования, во время которой сексуальное удовольствие человека достигает пика, а сексуальное напряжение высвобождается по мере того, как мышцы в районе таза ритмически сокращаются.

Фаза удовлетворения (resolution phase) — четвертая фаза в цикле сексуального реагирования, характеризующаяся релаксацией и ослаблением возбуждения после оргазма.

Фантазия (fantasy) — защитный механизм Эго, когда человек использует воображаемые события, чтобы удовлетворить неприемлемые импульсы.

Фаллическая стадия (phallic stage) — в психоаналитической теории это период между третьим и четвертыми годами, когда фокус сексуального удовольствия смещается к гениталиям.

Фаллопластика (phalloplasty) — хирургическая процедура, в процессе которой создается функциональный пенис.

Фенилкетонурия (phenylketonuria) — метаболическое расстройство, обусловленное неспособностью тела расщеплять аминоксидфенилаланин, приводящее к психической отсталости и другим симптомам.

Фенотиазины (phenothiazines) — группа антигистаминовых лекарств, ставших первой группой эффективных антипсихотических лекарств.

Фетишизм (fetishism) — парафилия, состоящая из повторяющихся сильных интенсивных сексуальных импульсов, фантазий или поведения, включающего использование неодушевленного предмета, при этом зачастую все прочие стимулы исключаются.

Фиксация (fixation) — согласно Фрейду, ситуация, при которой Ид, Эго и Суперэго не получают должного развития и которая приводит к тому, что человек задерживается на одной из ранних стадий развития.

Фобия (phobia) — стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, действиями или ситуациями.

Фобия школы (school phobia) — детский паттерн, при котором дети боятся ходить в школу и часто остаются дома на длительный период времени. Также называется отказ от учебы в школе.

Формализованное наблюдение (structured observation) — методика наблюдения за поведением, при которой людей наблюдают в непривычной обстановке, в условиях медицинских кабинетов или лабораторий.

Формализованное (структурированное) интервью (structured interview) — форма интервью, при котором клиницист задает подготовленные вопросы.

Формирование условных рефлексов путем последовательного приближения к конечной цели (shaping) — обучающая процедура, когда вознаграждается последовательное приближение к желаемому поведению, пока наконец человек не освоит его полностью и точно.

Фроттеризм (frotteurism) — парафилия, состоящая из повторяющихся и сильных сексуальных импульсов, фантазий или поведения, включающего прикосновение и трение о человека, не испытывающего тех же импульсов.

Х

Хвостатые ядра (caudate nuclei) — структуры в базальных ганглиях мозга, помогающие переводить сенсорную информацию в мысли и действия.

Хирургическая операция по смене пола (sex-change surgery) — хирургическая процедура, изменяющая половые органы человека, его черты и сексуальную идентичность.

Хромосомы (chromosomes) — парные структуры, находящиеся в клетке и содержащие гены.

Хроническая головная боль (chronic headaches) — частые сильные боли в голове и шее, не обусловленные никаким другим медицинским расстройством.

Хроническое соматоформное болевое расстройство (pain disorder associated with psychological factors) — соматоформное расстройство, характеризующееся болью, центральную роль в возникновении, силе или продолжительности которой играют психологические факторы.

Ц

Центр удовольствия (reward center) — богатый допамином тракт в мозге, формирующий при его активации чувство удовольствия.

Центральная нервная система (ЦНС) (central nervous system) — головной и спинной мозг.

Цикл сексуального реагирования (sexual response cycle) — общая последовательность поведения и чувств, возникающая во время сексуальной активности, состоящая из желания, возбуждения, оргазма и разрешения.

Циклотимия (cyclothymic disorder) — расстройство, характеризующееся хронической нестабильностью настроения с многочисленными периодами легкой депрессии и легкой приподнятости.

Циклы негативной обратной связи (negative feedback loops) — физиологический процесс, при котором мозг получает информацию о внешних событиях от окружающей среды, перерабатывает эту информацию и затем приводит органы тела в действие. Механизмы в органах предоставляют негативную обратную связь, сообщая мозгу, что его стимуляции достаточно и теперь нужно прекратить.

Цирроз (cirrosis) — необратимое состояние, часто обуславливаемое чрезмерным потреблением спиртного, когда печень покрывается рубцами и ее анатомия и функционирование изменяются.

Ш

Шизоаффективное расстройство (schizoaffective disorder) — расстройство, в котором проявляются как симптомы шизофрении, так и симптомы расстройства настроения.

Шизоидное расстройство личности (schizoid personality disorder) — расстройство личности, при котором человек постоянно избегает социальных взаимоотношений и проявляет мало эмоциональной экспрессии.

Шизотипическое расстройство личности (schizotypal personality disorder) — расстройство личности, при котором человек проявляет паттерн межличностных проблем, характеризующийся крайним дискомфортом в близких взаимоотношениях, странными формами мышления и восприятия и эксцентричным поведением.

Шизофрения (schizophrenia) — психотическое расстройство, при котором личное, социальное и профессиональное функционирование человека ухудшается, так как его восприятие и мыслительные процессы искажаются, он испытывает необычные эмоции и у него наблюдаются моторные патологии.

Шизофрения I типа (Type I schizophrenia) — тип шизофрении, характеризующийся главным образом позитивными симптомами, такими как бред, галлюцинации и некоторые расстройствами формального мышления.

Шизофрения II типа (Type II schizophrenia) — тип шизофрении, когда человек переживает в основном негативные симптомы, например, когда у него ослабевают эмоции, обедняется речь и наблюдается снижение волевой регуляции поведения.

Шизофреногенная мать (schizophrenogenic mother) — тип матери, предположительно холодный, доминирующий и незаинтересованный в потребностях других. Раньше считалось, что мать такого типа приводит к развитию шизофрении у ребенка.

Шизофреноформное расстройство (schizophreniform disorder) — расстройство, при котором присутствуют все основные черты шизофрении, но оно длится всего от одного до 6 месяцев.

Э

Эго (ego) — согласно Фрейду, психологическая сила, которая использует рассудок и действует в соответствии с принципом реальности.

Эгоистический суицид (egoistic suicide) — самоубийство, которое совершается людьми совсем или почти неконтролируемыми обществом, людьми, которых не волнуют общественные правила или нормы.

Эго-психология (ego theory) — психодинамическая теория, которая делает акцент на роли Эго, считая его независимой силой.

Эдипов комплекс (Oedipus complex) — в теории Фрейда это паттерн желаний, появляющийся во время фаллической стадии, когда мальчики испытывают влечение к своей матери как к сексуальному объекту и видят своего отца как соперника, которого они бы хотели оттолкнуть.

Эйдетическое воображение (eidetic imagery) — сильный визуальный образ предмета или сцены, сохраняющийся в памяти людей надолго, после того как предмет или сцена исчезли.

Экзистенциальная модель (existential model) — теоретическое представление о том, что люди рождаются совершенно свободными и придают своей жизни смысл или уходят от ответственности.

Экзистенциальная терапия (existential therapy) — терапия, которая побуждает людей взять на себя ответственность за свою жизнь и наполнить ее большим смыслом и ценностями.

Экзистенциальная тревога (existential anxiety) — согласно экзистенциальной теории, всеобщий (глубинный) страх конечности жизни и ответственности, налагаемой ею.

Экзорцизм (exorcism) — распространенная в ранних обществах практика лечения психической патологии путем действий, направленных на то, чтобы вынудить злых духов покинуть тело человека.

Экспозиционизм (exhibitionism) — парафилия, когда люди воспроизводят сексуально возбуждающие импульсы или представляют, как показывают свои гениталии другому человеку, и действуют в соответствии с этими импульсами.

Эксперимент (experiment) — процедура исследований, при которой с переменной проводят манипуляции и затем проверяется эффект этой манипуляции.

Эксперимент с единственным испытуемым (single-subject experimental design) — метод исследований, при котором за единственным испытуемым наблюдают и оценивают до и после манипуляции с независимой переменной.

Экспериментальная группа (experimental group) — в эксперименте это испытуемые, подвергающиеся действию независимой переменной.

Экстрапирамидальные эффекты (extrapyramidal effects) — нежелательные движения, как, например, сильная дрожь, странного вида искривленное лицо и тело и крайняя степень беспокойства, порой вызванные действием традиционных антипсихотических лекарств.

Эксцентрик (eccentric) — человек, уклоняющийся от принятого образца поведения или ведущий себя странно и эксцентрично.

Электромиограф (electromyograph) — аппарат, предоставляющий обратную связь с уровнем мышечного напряжения в теле.

Электроокулограф (electrooculograph) — устройство, отмечающее движение глаз.

Электрошоковая (электросудорожная) терапия (ЭСТ) (electroconvulsive therapy) — метод лечения депрессии, при котором с помощью электродов, прикладываемых к голове больного, через его головной мозг пропускают электрический ток, вызывающий развернутый судорожный синдром.

Электроэнцефалограф (ЭЭГ) (electroencephalograph) — устройство, отмечающее электрические импульсы в мозге.

Эндогенная депрессия (endogenous depression) — депрессия, которая возникает без внешних причин и, как предполагается, обусловлена внутренними факторами.

Эндокринная система (endocrine system) — система желез, расположенных по всему телу, помогающих контролировать жизненно важные функции, такие как рост и сексуальная активность.

Эндорфины (endorphins) — нейротрансмиттеры, помогающие облегчить боль и ослабить эмоциональное напряжение; порой их называют собственными опиатами тела.

Энкопрез (encopresis) — детское расстройство, характеризующееся постоянной дефекацией в неподходящих местах и дефекацию в одежду.

Энурез (enuresis) — детское расстройство, характеризующееся постоянным мочеиспусканием на постельное белье или одежду.

Эпидемиологическое исследование (epidemic-logical study) — исследование, которое определяет число случаев заболевания и его распространенность среди данного слоя населения.

Эссенциальная (идиопатическая) гипертензия (essential hypertension) — повышенное кровяное давление, вызванное сочетанием психосоциальных и физиологических факторов.

Эстроген (estrogen) — основной женский сексуальный гормон.

Этиловый спирт (ethyl alcohol) — химическое соединение во всех алкогольных напитках, быстро впитывающееся в кровь и непосредственно начинающее влиять на функционирование человека.

Этический кодекс (code of ethics) — ряд принципов и правил этического поведения, предназначенных для контроля за решениями и действиями профессионалов.

Эффект Розенталя (Rosenthal effect) — общие данные о том, что результаты любого эксперимента часто подтверждают ожидания экспериментатора.

Эхолалия (echolalia) — симптом аутизма или шизофрении, при которой человек,

реагируя на слова другого, повторяет их.

Эякуляция (ejaculation) — сокращения мышц у основания пениса, способствующие выбросу спермы.

Я

Ядерно-магнитная томография (magnetic resonance imaging) — использование магнитных качеств некоторых веществ для создания детальной картины структуры мозга.

Ятрогенное расстройство (iatrogenic disorder) — расстройство, ненамеренно вызванное врачом.

Список литературы.

- AA [Alcoholics Anonymous] World Services, Inc. (1998). Personal communication. Statistic branch. New York, NY.
- ADVTP (Alaska Domestic Violence Training Project). (1996). Training the Trainers Workshop.
- APA (1991). *DSM-IV options book*. Washington, DC: Author.
- Abel, G. G. (1989). Paraphilias. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Abou-Saleh, M. T. (1992). Lithium. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Abraham, K. (1911). Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In *Selected papers on psychoanalysis* (p. 137-156). New York: Basic Books, 1960.
- Abraham, K. (1916). The first pregenital stage of the libido. In *Selected papers on psychoanalysis* (p. 248-279). New York: Basic Boob, 1960.
- Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (1984). *Eating disorders: The facts*. New York: Oxford University Press.
- Ader, R., Felten, D. L., & Cohen, N. (Eds.) (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Agras, W. S. (1984). The behavioral treatment of somatic disorders. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford.
- Agras, W. S. (1995). Treatment of eating disorders. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Aiken, L. R. (1985). *Psychological testing and assessment* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Akiskal, H. S. (1989). The classification of mental disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Alexander, B. (1981). Behavioral approaches to the treatment of bronchial asthma. In C. K. Prokop & L. A. Bradley (Eds.), *Medical psychology: Contribution to behavioral medicine*. New York: Academic Press.
- Alexander, J. E, Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., & Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J. D. Maser & R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Althof, S. E., Levine, S. B., Corty, E., Risen, C., & Stern, E. (1994, March). *The role of clomipramine in the treatment of premature ejaculation*. Paper presented at the 16th annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research.
- Aman, M. G., & Singh, N. N. (1991). Pharmacological intervention. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- American Association for Protecting Children (AAPC). (1992). *Highlights of official child neglect and abuse reporting*. Denver, CO: American Humane Society.
- American Assoc. of Retired Persons. (1990). *A profile of older Americans*. Washington, DC: Author.

- American Assoc. on Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9th ed.). Washington, D.C.: Author.
- American Medical Association (1992). *Diagnostic treatment guidelines on domestic violence*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (1996). Interim report of the working group on investigation of memories of childhood abuse. In K. Pezdek & W. P. Banks (Eds.), *The recovered memory/ false memory debate*. San Diego: Academic Press.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York: Macmillan.
- Anastopoulos, A. D., & Barkley, R. A. (1992). Attention deficit-hyperactivity disorder. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Andersen, A. E. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: Johns Hopkins UP.
- Andersen, A. E. (1990). Diagnosis and treatment of males with eating disorders. In A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner / Mazel.
- Andersen, A. E. (1992). Eating disorders in males: A special case? In K. D. Brownell, J. Rodin, & J. H. Wilmore (Eds.), *Eating, body weight, and performance in athletes: Disorders or modern society*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Andersen, A. E. (1992). Eating disorders in males: Critical questions. In R. Lemberg (Ed.), *Controlling eating disorders with facts, advice, and resources*. Phoenix, AZ: The Oryx Press.
- Andersen, A. E. (1995). Sequencing treatment decisions: Cooperation or conflict between therapist and patient. In G. Szumukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Anderson, D. (1994). *Breaking the tradition on college campuses: Reducing drug and alcohol misuse*, Fairfax, VA.: George Mason University.
- Anderson, N. B., McNeilly, M., & Myers, H. F. (1992). A contextual model for research of race differences in autonomic reactivity. In E. H. Johnson, W. D. Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, Elevated Blood Pressure, and Essential Hypertension*. Washington DC: Hemisphere Publishing Corp.
- Andreasen, N. C. (1980). Mania and creativity. In R. H. Belmaker & H. M. van Praag (Eds.), *Mania: An evolving concept*. New York: Spectrum.
- Andreasen, N. C., Hoffman, R. E., & Grove, W. M. (1985). Mapping abnormalities in language and cognition. In M. Alpert (Ed.), *Controversies in schizophrenia: Changes and constancies*. New York: Guilford.
- Angst, J. (1995). The epidemiology of depressive disorders. *European Neuropsychopharmacol.*, (Suppl.) p. 95-98.
- Annis, H. M., Davis, C. S., Graham, M. et al. (1989). *A controlled trial of relapse prevention procedures based on self-efficacy theory*. Unpublished manuscript, Addiction Research Foundation, Toronto.
- Archer, D. & McDaniel, P. (1995). Violence and gender: Differences and similarities across societies. In R. B. Ruback & N. A. Weiner (Eds.), *Interpersonal violent behaviors: Social and cultural aspects*. New York: Springer Publishing Company.
- Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. New York: Basic Books.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach*. New York: Basic Books.
- Asarnow, J. R., Asarnow, R. E., Hornstein, N., & Russell, A. (1991). Childhood-onset schizophrenia: Developmental perspectives on schizophrenic disorders. In E. F. Walker (Ed.), *Schizophrenia: A life-course developmental perspective*. San Diego: Academic Press.
- Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1992). Developmental issues in the study of eating problems and eating disorders. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Washington, DC: Hemisphere.
- Azar, S. T., & Wolfe, D. A. (1989). Child abuse and neglect. In E. J. Mash & R. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford.
- Azima, E. J. C. (1993). Group psychotherapy with personality disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Baker, T., & Brandon, T. H. (1988). Behavioral treatment strategies. In *A report of the Surgeon General: The health consequences of smoking: Nicotine addiction*. Rockville, MD: U. S. Dept. of Health and Human Services.
- Ballenger, J. C. (1995). Benzodiazepines. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The*

- American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bancroft, J. (1971). A comparative study of aversion and desensitization in the treatment of homosexuality. In L. Burns & J. Worsley (Eds.), *Behaviour therapy in the 1970s*. Bristol, England: Wright.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. New York: Churchill-Livingstone.
- Bandura, A. (1971). Psychotherapy based upon modeling principles. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bandura, A. (1971). Vicarious and self-reinforcement processes. In R. Glaser (Ed.), *The nature of reinforcement*. New York: Academic Press.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Buckingham, England: Open University Press.
- Barber, T. X. (1984). Hypnosis, deep relaxation, and active relaxation: Data, theory and clinical applications. In F. L. Woolfolk & P. M. Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford.
- Barber, T. X. (1993). Hypnosuggestive approaches to stress reduction: Data, theory, and clinical applications. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R. (1994). *Research methods in clinical and counseling psychology*. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Barker, P. R., Manderscheid, R. W., Hendershot, G. E., Jack, S. S., Schoenborn, C. A., & Gold-strom, I. (1992). Serious mental illness and disability in the adult household population: United States, 1989. In R. W. Manderscheid & M. A. Sonnenschein (Eds.), *Mental health, United States, 1992*. Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.
- Barnard, G. W., Fuller, A. K., Robbins, L., & Shaw, T. (1989). *The child molester: An integrated approach to evaluation and treatment*. New York: Brunner / Mazel.
- Barondes, S. H. (1993). *Molecules and mental illness*. New York: Scientific American Library.
- Barratt, E. S. & Stanford, M. S. (1996). Impulsiveness. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Battin, M. P. (1980). Manipulated suicide. In M. P. Battin & D. J. Mayo (Eds.), *Suicide: The philosophical issues*. New York: St. Martin's.
- Battin, M. P. (1980). Suicide: A fundamental human right? In M. P. Battin & D. J. Mayo (Eds.), *Suicide: The philosophical issues*. New York: St. Martin's.
- Battin, M. P. (1982). *Ethical issues in suicide*. Engle-wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barlow (Ed.), *Treatment manuals for practitioners*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. X. (1993). Cognitive approaches to stress. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1997). Cognitive therapy: Reflections. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Resnik, H., Eettieri, D. (Eds.). (1974). *The prediction of suicide*. Philadelphia: The Charles Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. & Weishaar, M. E. (1995). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.
- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (1993). *Family therapy: A systemic integration* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Bednar, R. L., & Kaul, T. J. (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

- Bellinger, D. L., Madden, K. S., Felten, S. Y., & Felten, D. L. (1994). Neural and endocrine links between the brain and the immune system. In C. S. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer: Mind and body in the fight for survival*. Oxford: Oxford University Press.
- Belmaker, R. H., Bersudsky, Y., Genjamine, J., Agam, G., Levine, J., & Kofman, O. (1995). Manipulation of Inositol-linked second messenger systems as a therapeutic strategy in psychiatry. In G. Gessa, W. Fratta, L. Pani, & G. Serra (Eds.), *Depression and mania: From neurobiology to treatment*. New York: Raven Press.
- Berger, F. M. (1970). The discovery of meprobamate. In F. Ayd & B. Blackwell (Eds.), *Discoveries in biological psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- Bergler, E. (1951). *Neurotic counterfeit sex*. New York: Grune & Stratton.
- Berk, S. N., & Efran, J. S. (1983). Some recent developments in the treatment of neurosis. In C. E. Walker et al. (Eds.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice* (Vol. 2). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Berman, A. L. (1986). Helping suicidal adolescents: Needs and responses. In C. A. Corr & J. N. McNeil (Eds.), *Adolescence and death*. New York: Springer.
- Berman, A. L., & Jobes, D. A. (1991). *Adolescent suicide: Assessment and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernstein, D. A., & Carlson, C. R. (1993). Progressive relaxation: Abbreviated methods. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Bersoff, D. N. (Ed.). (1995). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Beyer, H. A. (1991). Litigation involving people with mental retardation. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Bibring, E. (1953). The mechanisms of depression. In P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders*. New York: International Universities Press.
- Biegon, A., Dillon, K., Volkow, N. D., & Fowler, J. S. (1995). Quantitative autoradiographic localization and characterization of cocaine binding sites in the human brain post-mortem. In A. Biegon & N. D. Volkow (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*. Boca Raton: CRC Press.
- Biegon, A., & Kerman, I. (1995). Quantitative autoradiography of cannabinoid receptors in the human brain post-mortem. In A. Biegon & N. D. Volkow (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Binet, A., & Simon, T. (1916). *The development of intelligence in children (The Binet-Simon Scale)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Blazer, D. (1990). *Emotional problems in later life*. New York: Springer.
- Blazer, D. G., George, L. K., & Hughes, D. (1991). The epidemiology of anxiety disorders: An age comparison. In C. Salzman & B. D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly*. New York: Springer.
- Blazer, D. G., Hughes, D., George, L. K., Swartz, M., & Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. In L. N. Robins, & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Bliss, E. L. (1980). *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. New York: Oxford University Press.
- Bloom, B. L. (1984). *Community mental health: A general introduction* (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Bloom, C., Gitter, A., Gutwill, S., Kogel, L., & Zaphiropoulos, L. (1994). *Plating problems: A feminist psychoanalytic treatment model*. New York: Basic Books.
- Bloom, E., Lazerson, A., & Hofstadter, L. (1985). *Brain, mind, and behavior*. New York: W. H. Freeman.
- Bloomfield, H. H., Nordfors, M., & McWilliams, P. (1996). *Hypericum and depression*. Los Angeles: Prelude Press.
- Bockoven, J. S. (1963). *Moral treatment in American psychiatry*. New York: Springer.
- Bolgar, H. (1965). The case study method. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Bornstein, R. F. (1996). Dependency. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Bose, J. (1995). Depression. In M. Lionelli, F. Calini, C. H. Mann, & D. B. Stern (Eds.),

- Handbook of interpersonal psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Boudewyns, P. A. (1996). Posttraumatic stress disorder: Conceptualization and treatment. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Vol. 30. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bourne, P. G. (1970). *Men, stress and Vietnam*. Boston: Little, Brown.
- Bowen, M. A. (1960). A family concept of schizophrenia. In D. D. Jackson (Ed.), *The etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Braginsky, B. M., Braginsky, D. D., & Ring, K. (1969). *Methods of madness: The mental hospital as a last resort*. New York: Holt.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1995). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.*
- Braun, S. (1996). *Buzz: The Science and Lore of Alcohol and Caffeine*. New York: Oxford University Press.
- Breggin, P. R. (1998). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants for children*. Common Courage Press.
- Brems, C. (1995). Women and depression: A comprehensive analysis. In W. Beckham & W. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Brende, J. O., & Parson, E. R. (1985). *Vietnam veterans*. New York: Plenum.
- Brisman, J. (1992). Bulimia in the older adolescent: An analytic perspective to a behavioral problem. In J. D. O'Brien, D. J. Pilowsky, & O. W. Lewis, (Eds.), *Psychotherapies with children and adolescents: Adapting the psyche/dynamic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Brown, G. L., Linnoila, M. I., & Goodwin, F. K. (1992). Impulsivity, aggression, and associated affects: Relationship to self-destructive behavior and suicide. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
- Brown, G. W. (1988). Early loss of parent and depression in adult life. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester, England: Wiley.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1993). Obesity. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1991). The sleeping beauty: Escape from change. In S. I. Greenspan, G. H. Pollock (Eds.), *The course of life: Vol. 4 Adolescence*. Madison, CT: International Universities Press.
- Brumberg, J. J. (1988). *Fasting girls: The history of anorexia nervosa*. New York: Penguin Books USA Inc.
- Bugental, J. F. T. (1992). The betrayal of the human: Psychotherapy's mission to reclaim our lost identity. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference*. New York: Brunner / Mazel.
- Bugental, J. F. T. (1997). There is a fundamental division in how psychotherapy is conceived. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner / Mazel.
- Bunney, W. E., & Garland, B. L. (1984). Lithium and its possible modes of actions. In R. M. Post & J. C. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders: Vol. I, Frontiers of Clinical Neuroscience*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Butler, R. W., & Satz, P. (1989). Psychological assessment of personality of adults and children. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Button, E. (1993). *Eating disorders: Personal construct therapy and change*. Chichester, England: Wiley.
- Cameron, N. (1974). Paranoid conditions and paranoia. In S. Arieti & E. Brody (Eds.), *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Campbell, J. C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA.
- Campbell, J. C. (Ed.). (1995). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders,*

- batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Canetto, S. S. (1995). Elderly women and suicidal behavior. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Canetto, S. S. (1995). Suicidal women: Prevention and intervention strategies. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer Publishing Company.
- Canetto, S. S. & Lester, D. (1995). The epidemiology of women's suicidal behavior. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1994). Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. In D. C. Fowles, P. Sutker, & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research*. New York: Springer.
- Carey, G., & Gottesman, I. I. (1981). Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. In D. K. Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven.
- Carey, M. P., Wincze, J. P., & Meisler, A. W. (1993). Sexual dysfunction: Male erectile disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Carr, A. T. (1979). The psychopathology of fear. In W. Sluckin (Ed.), *Fear in animals and man*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Carrington, P. (1978). *Clinically standardized meditation (CSM) instructors kit*. Kendall Park, NJ: Pace Educational Systems.
- Carrington, P. (1993). Modern forms of meditation. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Cartwright, R. D., & Lamberg, L. (1992). *Crisis Dreaming: Using Your Dreams to Solve your Problems*. New York: Harper Collins.
- Casper, R. C. (1995). Biology of eating disorders. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cassem, N. H. & Hyman, S. E. (1995). Psychological management of grief and serious illness. In *Scientific American Series: Vol. 13, Psychiatry*. New York: Scientific American.
- Cauwels, J. M. (1983). *Bulimia: The binge-purge compulsion*. New York: Doubleday.
- Chaika, E. O. (1990). *Understanding psychotic speech: Beyond Freud and Chomsky*. Springfield, IL: Thomas.
- Charney, D. S., Heninger, G. R., & Redmond, D. E. (1984, May). Neurobiological mechanism. *From Abstracts of the APA Annual Meeting* (Abstract 30C). Los Angeles.
- Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., et al. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Behavioral treatments for drug abuse and dependence* (NIDA Research Monograph Series No. 137). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Childress, A. R., McLellan, A. T., & O'Brien, C. P. (1984). Assessment and extinction of conditioned withdrawal-like responses in an integrated treatment for opiate dependence. In L. S. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence* (NIDA Research Monograph Series No. 55). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Childress, A. R., McLellan, A. T., & O'Brien, C. P. (1988). Classically conditioned responses in cocaine and opioid dependence: A role in relapse? In B. A. Ray (Ed.), *Learning factors in substance abuse* (NIDA Research Monograph Series No. 84). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Chodoff, P. (1989). Histrionic personality disorder. In American Psychiatric Association (Eds.), *Treatments of Psychiatric Disorders: A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cipani, E. (1991). Educational classification and placement. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- Cirese, S. (1993). Personal communication.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*.
- Clarke, J. C. & Saunders, J. B. (1988). *Alcoholism and problem drinking: Theories and treatment*. Sydney: Pergamon Press.
- Classen, C., Hermanson, K. S., & Spiegel, D. (1994). Psychotherapy, stress, and survival in breast cancer. In C. E. Lewis, C. O'Sullivan, & J. Barraclough (Eds.), *The psychoimmunology of cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Coombs, R. B. & McAndrews, M. P. (1994). The effects of psychoactive substances on

- workplace performance. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: Vol. 11. Drug testing in the workplace*. New York: Plenum Press.
- Coe, W. C. (1989). Posthypnotic amnesia: Theory and research. In N. P. Spanos & J. F. Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Colahan, M. & Senior, R. (1995). Family patterns in eating disorders: Going round in circles, getting nowhere fasting. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Cole, J. O., & Yonkers, K. A. (1995). Non-benzodiazepine anxiolytics. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coleman, L. (1984). *The reign of error: Psychiatry, authority, and law*. Boston: Beacon.
- Colligan, R. C., & Offord, K. P. (1992). *The MMPI. A Contemporary Normative Study of Adolescents*. Norwood, NJ: Alex Publishing Corporation.
- Cordova, J. V., & Jacobson, N. S. (1993). Couple distress. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Cornell, C. P., & Gelles, R. J. (1983). *Intimate violence in families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cornish, J. W., McNicholas, L. E., & O'Brien, C. P. (1995). Treatment of substance-related disorders. In A. E. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Coryell, W., & Winokur, G. (1992). Course and outcome. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders*. New York: Guilford.
- Costa, E. (1985). Benzodiazepine-GABA interactions: A model to investigate the neurobiology of anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costello, C. G. (1996). The advantages of focusing on the personality characteristics of the personality disordered. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Courchesne, E. (1997, May 23). *The developmental neurobiological approach to understanding autism: From behavioral symptoms to biological explanations*. Keynote address at the Eden Institute Foundation Princeton Lecture Series on Autism.
- Courchesne, R., & Courchesne, E. (1997). From impasse to insight in autism research: From behavioral symptoms to biological explanations. *Dev. Psychopathol.*, Special Issue.
- Cramer, P. (1996). *Storytelling, narrative, and the thematic apperception test*. New York: Guilford.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Creer, C., & Wing, J. K. (1974). *Schizophrenia at home*. London: National Schizophrenia Fellowship.
- Crow, T. J. (1982). Positive and negative symptoms and the role of dopamine in schizophrenia. In G. Hemmings (Ed.), *Biological aspects of schizophrenia and addiction*. New York: Wiley.
- Gumming, J., & Cumming, E. (1962). *Ego and milieu: Theory and practice of environmental therapy*. New York: Atherton.
- Hutting, J. (1985). *The psychology of schizophrenia*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- Dytryn, L., & McKnew, D. H., Jr. (1996). *Growing up sad: Childhood depression and its treatment*. New York: Norton.
- DAWN (Drug Abuse Warning Network) (1997). *Highlights from 1996 Report*. Drug Abuse Warning Network.
- Dare, C. & Crowther, C. (1995). Living dangerously: Psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Dare, C. & Crowther, C. (1995). Psychodynamic models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Dare, C. & Eisler, I. (1995). Family therapy. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Davanloo, H. (Ed.). (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davis, J. M. (1980). Antidepressant drugs. In H. I. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry III*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Davis, J. M., Comary J. E., & Janicak, P. G. (1988). The psychological effects of antipsychotic drugs. In C. N. Stefanis & A. D. Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments*. New York: Human Sciences.
- Davis, M. (1992). Analysis of aversive memories using the fear potentiated startle paradigm. In N. Butters & L. R. Squire (Eds.), *The neuropsychology of memory* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Davis, R. (1992, November 19). Canada settles '63 brainwash case. *USA Today*, p. 2A.
- Dawson, G., & Castelloe, P. (1992). Autism. In C. E. Walker (Ed.), *Clinical psychology: Historical and research foundations*. New York: Plenum Press.
- Dekker, J. (1993). Inhibited male orgasm. In W. O'Donohue and J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn & Bacon.
- DeLeon, M. J., Convit, A., George, A. E., Golomb, J., De Santi, S., Tarshish, C., Rusinek, H., Bobinski, M., Ince, C., Miller, D., & Wisniewski, H. (1996). In vivo structural studies of the hippocampus in normal aging and in incipient Alzheimer's disease. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease*. New York: New York Academy of Sciences.
- De Silva, P. (1995). Cognitive-behavioural models of eating disorders. In G. Szukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Diekstra, R. F, Kienhorst, C. W. M., & de Wilde, E. J. (1995). Suicide and suicidal behaviour among adolescents. In M. Rutter & D. J. Smith, *Psychosocial disorders in young people*. Chichester, England: Wiley.
- Doan, B. D. & Bryson, S. E. (1994). Etiological and maintaining factors in multiple personality disorder: A critical review. In R.M. Klein & B.K. Doane (Eds.), *Psychological concepts and dissociative disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Doherty, W. J., & Jacobson, N. S. (1982). Marriage and the family. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Douglas, J. (1996). *Mind hunter: Inside the FBI's elite serial crime unit*. New York: Pocket Star.
- Drug Enforcement Administration (1996). *Consumption of Ritalin*. Washington, DC: Author.
- Dunbar, F. (1948). Synopsis of psychosomatic diagnosis and treatment. St. Louis: Mosby.
- Du Pont, R. L., Rice, D. P., Shiraki, S. et al. (1993). *Anxiety: Economic burden*. Presentation at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Charleston, SC.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press. [Original work published in 1897].
- Eaton, W. W., Dryman, A., & Weissman, M. M. (1991). Panic and phobia. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Egan, B. M. (1992). Vascular reactivity, sympathetic tone, and stress. In E. H. Johnson, E. D. Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension*. Washington, DC: Hemisphere.
- Egeland, B. (1991, February). Presentation. American Association for the Advancement of Science.
- Eigan, L. (1991, February) Alcohol practices, policies, and potentials of American colleges and universities. An OSAP White Paper, Office for Substance Abuse Prevention, Rockville, MD.
- Eisler, I. (1995). Family models of eating disorders. In G. Szukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Eitinger, L. (1964). *Concentration camp survivors in Norway and Israel*. New York: Humanities Press.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Ellenberger, H. E (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Elliot, C. (1996). *The rules of insanity: Moral responsibility and the mentally ill offender*. Albany: State University of New York Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1995). Rational emotive behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (1997). The evolution of Albert Ellis and rational emotive behavior therapy. In J. K.

- Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Emery R. E., & Laumann-Billings, L. (1998).
- Emmelkamp, P. M. (1982). Exposure in vivo treatments. In A. Goldstein & D. Chambless (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P. M. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Ennis, B. J., & Emery, R. D. (1978). *The rights of patients (ACLU Handbook Series)*. New York: Avon.
- Erdelyi, M. H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. New York: W. H. Freeman.
- Erickson, M. T. (1992). *Behavior disorders of children and adolescents*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Eser, A. (1981). «Sanctity» and «quality» of life in a historical comparative view. In S. E. Wallace & A. Eser (Eds.), *Suicide and euthanasia: The rights of personhood*. Knoxville: University of Tennessee.
- Esquirol, E. D. (1961). Mental maladies: A treatise on insanity (1845). Cited in S. Thorne (Ed.), *Classics in psychology*. New York: Philosophical Eibrary.
- Evans, G. & Farberow, N. L. (1988). *The Encyclopedia of Suicide*. New York: Facts on File.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioural treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.
- Farberow, N. L. (1991). Adult survivors after suicide: Research problems and needs. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process*. New York: Plenum Press.
- Farberow, N. L. (1993). Bereavement after suicide. In A. A. Leenaars, A. L. Berman, P. Cantor, R. E. Litman, & R. W. Maris (Eds.), *Suicidology*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Fawcett, J. & Busch, K. A. (1995). Stimulants in psychiatry. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Fehre, K. & White, B. J. (Eds.) (1996). *The self-help group directory* (14th ed.). Denville, NJ: Northwest Covenant Medical Center.
- Feldman, M. D., & Ford, C. V. (1994). *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorders*. New York: Wiley.
- Feldman, M. D., Ford, C. V., & Reinhold, T. (1994). *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorders*. New York: Wiley.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Fenigstein, A. (1996). Paranoia. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Fichter, M. (1990). Psychological therapies in bulimia nervosa. In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester, England: Wiley.
- Fichter, M. M. & Pirk'e, K. M. (1995). Starvation models and eating disorders. In G. Szukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Fieve, R. R. (1975). *Moodswing*. New York: Morrow.
- Figley, C. R., & Leventman, S. (1990). Introduction: Estrangement and victimization. In C. R. Figley & S. Leventman (Eds.), *Strangers at home: Vietnam veterans since the war*. New York: Praeger.
- Fink, M. (1992). Electroconvulsive therapy. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Finkel, N. J. (1988). *Insanity on trial*. New York: Plenum Press.
- Finkel, S. (1991). Group psychotherapy in later life. In W. A. Myers (Ed.), *New techniques in the psychotherapy of older patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Finkelhor, D., Gelles, R., Hotaling, G., & Straus, M. (Eds.). (1983). *The dark side of families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Flavin, D. K., Franklin, J. E., & Frances, R. J. (1990). Substance abuse and suicidal behavior. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatry Press.

- Flaxenberg, G. M. (1998).
- Fombonne, E. (1995). Eating disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. In M. Rutter & D. J. Smith, *Psychosocial disorders in young people*. Chichester, England: Wiley.
- Fondacaro, K. M. & Butler, W. M. (1995). Suicidality in female survivors of child sexual abuse. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Foster, S. L. & Cone, J. D. (1986). Design and use of direct observation. In A. R. Ciminero, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of behavioral assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Fowler, J. S., Volkow, N. D., & Wolf, A. P. (1995). PET studies of cocaine in human brain. In A. Biegon & N. D. Volkow (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*. Boca Raton, FL: CRC Press, Inc.
- Frances, R. J., & Franklin, J. E. (1988). Alcohol and other psychoactive substance use disorders. In J. A. Talbott, R. E. Hales, & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing* (Rev. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frankish, C. J. (1994). Crisis centers and their role in treatment: Suicide prevention versus health promotion. In A. A. Eeenaars, J. T. Maltzberger, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Treatment of suicidal people*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square.
- Frederiksen, N. (1993). Changing conceptions of intelligence. In G. G. Brannigan & M. R. Merrens (Eds.), *The undaunted psychologist: Adventures in research*. New York: McGraw-Hill.
- Freeman, C. (1995). Cognitive therapy. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defense. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3). London: Hogarth Press, 1962.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. Strachey (Ed. and Trans.). New York: Wiley.
- Freud, S. (1909). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *Sigmund Freud: Collected Papers*. (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Freud, S. (1915). A case of paranoia counter to psychoanalytic theory. In *Complete psychological -works* (Vol. 14). London: Hogarth, 1957.
- Freud, S. (1917). *A general introduction to psychoanalysis*. (J. Riviere, Trans.). New York: Liveright, 1963.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Freud, S. (1955). *Notes upon a case of obsessional neurosis*. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1960). *The psychopathology of everyday life*. (Ed. James Strachey). New York: W.W Norton.
- Frey, K. A., Koeppe, R. A., & Holthoff, V. A. (1995). In vivo imaging of benzodiazepine receptors with positron emission tomography. In A. Biegon & N. D. Volkow (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Friedman, M., & Rosenman, R. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Friedman, R. M., Katz-Leavy, J. W., Manderscheid, R. W., & Sondheim, D. L. (1996). Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. In *Mental health, United States, 1996*, R. W. Manderscheid & M. A. Sonnenschein (Eds.) (DHHS Publication No. SMA 96-3098). Washington, DC: U. S. Government Printing Office, Center for Mental Health Services.
- Fromm, E., & Nash, M. R., (Eds.) (1992). *Contemporary hypnosis research*. New York: Guilford.
- Fulwiler, C., & Pope, H. G., Jr. (1987). Depression in personality disorder. In O. G. Cameron (Ed.), *Presentations of depression: Depressive symptoms in medical and other psychiatric disorders*. New York: Wiley.
- Furumoto, L., & Rearing, K. M. (1995). Construing anorexia nervosa (1940-1980): The psychoanalysts, the behaviorists, and Hilde Bruch. In I. Lubek, R. van Hezewijk, G. Pheterson, & C. W. Tolman, (Eds), *Trends and issues in theoretical psychology*. New York: Springer.
- Gabbard, G. O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Galanter, M., Talbott, D., Gallegos, K., & Rubenstone, E. (1990). Combined Alcoholics

Anonymous and professional care for addicted physicians. *Amer. J. Psychiat.*, 147(1), 64-68.

Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., & Rose, J. (1991). Psychotherapeutic interventions for stressed family caregivers. In W. A. Myers (Ed.), *New techniques in the psychotherapy of older patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L. W. (1995). Problems of aging. In R. J. Comer, *Abnormal psychology*. New York: W. H. Freeman.

Gallup Organization (1995). *Child abuse survey*. Princeton, NJ: Author.

Gamwell, L. & Tomes, N. (1995). *Madness in America: Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Ganley, A. (1981). *A participant and trainer's manual for working with men who batter*. Washington, DC: Center for Women Policy Studies.

Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Garfinkel, B. D., Froese, A., & Golombek, H. M. (1979). Suicidal behavior in a pediatric population. In *Proceedings of the 10th International Congress for Suicide Prevention*. Ottawa: International Association for Suicide Prevention.

Garfinkel, P. E., & Gallop, R. (1992). Eating disorders and borderline personality disorder. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders*. Madison, CT: International Universities Press.

Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.

Garner, D. M., & Fairburn, C. G. (1988). Relationship between anorexia nervosa and bulimia nervosa: Diagnostic implications. In D.M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Brunner/Mazel eating disorders monograph series, No. 2. New York: Brunner/ Mazel.

Gebhard, P. H. (1965). Situational factors affecting human sexual behavior. In F. Beach (Ed.), *Sex and behavior*. New York: Wiley.

Gelder, M. (1991). Psychological treatment for anxiety disorders: Adjustment disorder with anxious mood, generalized anxiety disorders, panic disorder, agoraphobia, and avoidant personality disorder. In C. Coryell & G. Winokur (Eds.), *The clinical management of anxiety disorders*. New York: Oxford University Press.

Gelfand, D. M., Jenson, W. R., & Drew, C. J. (1982). *Understanding child behavior disorders*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Gernsbacher, L. M. (1985). *The suicide syndrome*. New York: Human Sciences.

Gill, A. D. (1982). Vulnerability to suicide. In E. L. Bassuk, S. C. Schoonover, & A. D. Gill (Eds.), *Lifelines: Clinical perspectives on suicide*. New York-Plenum Press.

Goldstein, A. (1994). *Addiction: From biology to drug policy*. New York: W. H. Freeman.

Goldstein, G. (1990). Comprehensive Neuropsychological Assessment Batteries. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

Goldstein, G., & Hersen, M. (1990). Historical Perspectives. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.

Goldstein, M. J., & Palmer, J. O. (1975). *The experience of anxiety: A casebook* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Goleman, D., & Gurin, J. (1993). *Mind/ body medicine*. Yonkers, NY: Consumers Union of United States, Inc.

Goodman, L. S., & Gilman, A. (Eds.) (1990). *The pharmacological basis of therapeutics* (8th ed.). New York: Pergamon Press.

Goodwin, C. J. (1995). *Research in psychology: Methods and design*. New York: Wiley.

Goodwin, D. W. (1976). *Is alcoholism hereditary?* New York: Oxford University Press.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.

Goodwin, G. M. (1992). Tricyclic and newer anti-depressants. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

Gordis, E. (1991). *Alcohol research: Promise for the decade*. Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.

Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia*. Cambridge: Basil Blackwell.

German, J. M., Papp, L. A., & Coplan, J. D. (1995). Neuroanatomy and neurotransmitter

function in panic disorder. In S. P. Roose & R. A. Click (Eds.), *Anxiety as symptom and signal*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Goshen, C. E. (1967). *Documentary history of psychiatry: A source book on historical principles*. New York: Philosophy Library.

Gottesman, I. L. (1991). *Schizophrenia genesis*. New York: W. H. Freeman.

Gottlieb, J., Alter, M., & Gottlieb, B. W. (1991). Litigation involving people with mental retardation. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon-Press.

Gould, M. S., Shaffer, D., & Davies, M. (1990). Truncated pathways from childhood to adulthood: Attrition in follow-up studies due to death. In L. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Graham, J. R. (1977). *The MMPI: A practical guide*. New York: Oxford University Press.

Graham, J. R. (1987). *The MMPI: A practical guide* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Graham, J. R., & Lilly, R. S. (1984). *Psychological testing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gray, H. (1959). *Anatomy of the human body* (27th ed.). Philadelphia: Lea & Febiger.

Greeley, A. M. (1991). *Faithful attraction*. New York: Tor Books.

Grisez, G., & Boyle, J. M., Jr. (1979). *Life and death with liberty and justice: A contribution to the euthanasia debate*. Notre Dame, IN: University Notre Dame.

Grob, G. N. (1966). *State and the mentally ill: A history of Worcester State Hospital in Massachusetts, 1830-1920*. Chapel Hill: University of North Carolina.

Grossman, S. P. (1990). Brain mechanisms concerned with food intake and body-weight regulation. In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester, England: Wiley.

Grotstein, J. C. (1996). Object relations theory. In E. Nersessian, & R. G. Kopff (Eds.), *Textbook of psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G. (1988). Personality disorders. In A. M. Nicholi Jr. (Ed.), *The new Harvard guide to psychiatry*. Cambridge, MA: Belknap Press.

Gurman, A., Kniskern, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An evaluative analysis*. (3rd ed.). New York: Wiley.

HEW [Health Education and Welfare]. (1976). *Even my kids didn't know I was an alcoholic: An interview with Dick Van Dyke* (ADM 76-348). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Haaga, D. A. E., & Beck, A. T. (1992). Cognitive therapy. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

Haas, G. L., Radomsky, E. D., Glanz, L., Keshavan, M. S., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1993, May). *Suicidal behavior in schizophrenia: Course-of-illness predictors*. Presented at the annual meeting of the Society of Biological Psychiatry, San Francisco.

Haefely, W. (1990). Benzodiazepine receptor and ligands: Structural and functional differences. In I. Hindmarch, G. Beaumont, S. Brandon, & B. E. Leonard (Eds.), *Benzodiazepines: Current concepts* (Ft. 1). Chichester, England: Wiley.

Haefely, W. (1990). The GABA-benzodiazepine receptor: Biology and pharmacology. In G. Burrows, M. Roth, & R. Noyes (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 3). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Hafner, H., & an der Heiden, W. (1988). The mental health care system in transition: A study in organization, effectiveness, and costs of complementary care for schizophrenic patients. In C. N. Stefanis & A. D. Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments*. New York: Human Sciences.

Hale, C. A., & Borkowski, J. G. (1991). Attention, memory and cognition. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.

Hall, L. (with L. Conn). (1980). *Eat without fear*. Santa Barbara, C A: Gurze.

Hallam, R. S., & Rachman, S. (1976). Current status of aversion therapy. In M. Hersen, R. Eisler, & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 2). New York: Academic Press.

Halmi, K. A. (1985). Behavioral management for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.

Halmi, K. A. (1995). Current concepts and definitions. In G. Szukler, C. Dare, & J.

- Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Halmi, K. A., Agras, W. S., Kaye, W. H., & Walsh, B. T. (1994). Evaluation of pharmacologic treatments in eating disorders. In R. F. Prien & D. S. Robinson (Eds.), *Clinical evaluation of psychotropic drugs: Principles and guidelines*. New York: Raven Press, Ltd.
- Halstead, W. C. (1947). *Brain and intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago.
- Hare, R. D. (1978). Electrodermal and cardiovascular correlates of sociopathy. In R. D. Hare & D. Shalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research*. New York: Wiley.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Pocket Books.
- Harlow, H. E., & Harlow, M. K. (1965). The affectional systems. In A. Schrier, H. Harlow, & F. Stollnitz (Eds.), *Behavior of nonhuman primates* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Harris, S. L. (1995). Autism. In M. Hersen & R. T. Ammerman, *Advanced abnormal psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hart, B. (1993). The legal road to freedom. In M. Hansen & M. Harway (Eds.), *Battering and family therapy: A feminist perspective*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hart, K., & Kenny, M. E. (1995, August). *Adherence to the superego ideal and eating disorder symptoms among college women*. Paper read at American Psychological Association, New York.
- Hartmann, E. (1996). Who develops PTSD nightmares and who doesn't. In D. Barrett (Ed.), *Trauma and dreams*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harvard School of Public Health (1995). *Binge drinking on American college campuses: A new look at an old problem*. Boston, Massachusetts.
- Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Haynes, S. N. (1990). Behavioral assessment of adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L. et al. (1995). Predicting the «revolving door» phenomenon among patients with schizophrenia, schizoaffective, and affective disorders. *Amer. J. Psychiat.*, 152(6), 856-861.
- Hedaya, R. J. (1996). *Understanding biological psychiatry*. New York: Norton.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A personal and sexual growth program for women*. New York: Prentice Hall.
- Heiman, J. R., LoPiccolo, L., & LoPiccolo, J. (1981). Treatment of sexual dysfunction. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Heise, L., & Chapman, J. R. (1990). Reflections on a movement: The U.S. battle against women abuse. In M. Schuler (ed.), *Freedom from violence: Women's strategies round the world*. OEF International.
- Helzer, J. E., Burnam, A., & McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. N. Robins & D. S. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area study*. New York: Free Press.
- Hembree, W. C., Nahas, G. G., & Huang, H. E. S. (1979). Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana-smoking. In G. G. Nahas & W. D. M. Paton (Eds.), *Marihuana: Biological effects*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Bradburn, I. S., & Ott, I. L. (1990). Course and outcome of bulimia nervosa. In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. Chichester, England: Wiley.
- Heston, L. L. (1992). *Mending Minds: A guide to the new psychiatry of depression, anxiety, and other serious mental disorders*. New York: W. H. Freeman.
- Hirsch, S., Adams, J.K., Frank, L.R., Hudson, W., Keene, R., Krawitz-Keene, G., Richman, D., & Roth, R. (Eds.). (1974). *Madness: Network news reader*. San Francisco: Glide Publications.
- Hirschfeld, R. M. (1992). The clinical course of panic disorder and agoraphobia. In G. D. Burrows, S. M. Roth, & R. Noyes, Jr. (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 5). Oxford: Elsevier.
- Hobbs, F. B. (1997). *The elderly population. U.S. Census Bureau: The official statistics*. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Holinger, P. C., & Offer, D. (1984). Toward the prediction of violent deaths among the young. In Sudak et al. (Eds.), *Suicide among the young*. New York: Wright PSG.
- Holinger, P. C., & Offer, D. (1991). Sociodemographic, epidemiologic, and individual attributes. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk factors for youth suicide*. New York:

Hemisphere.

- Holinger, P. C., & Offer, D. (1993). *Adolescent suicide*. New York: Guilford.
- Hollander, E., Simeon, D., & German, J. M. (1994). Anxiety disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hollander, M. H. (1988). Hysteria and memory. In H. M. Pettinati (Ed.), *Hypnosis and Memory*. New York: Guilford.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Davis, D. D. (1993). Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 61(2), 270-275.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1989). The social readjustment rating scale. In T. H. Holmes & E. M. David (Eds.), *Life, change, life events, and illness: Selected papers*. New York: Praeger.
- Holmes, V. E., & Rich, C. L. (1990). Suicide among physicians. In S.J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Holstein, J. A. (1993). *Conn-ordered insanity: Interpretive practice and involuntary commitment*. New York: Aldine de Gruyter.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Horner, A. J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Homey, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: Norton.
- Horton, P. C. (1992). A borderline treatment dilemma: To solace or not to solace. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Howitt, D. (1995). *Paedophiles and sexual offences against children*. Chichester, England: Wiley.
- Hugdahl, K. (1995). *Psychophysiology: The mind-body perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hull, M. Berger, M., Volk, B., & Bauer, J. (1996). Occurrence of interleukin-6 in cortical plaques of Alzheimer's disease patients may precede transformation of diffuse into neuritic plaques. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease*. New York: New York Academy of Sciences.
- Humphry, D., & Wickett, A. (1986). *The right to die: Understanding euthanasia*. New York: Harper & Row.
- Hurt, S. W., Reznikoff, M., & Clarkin, J. F. (1991). *Psychological assessment, psychiatric diagnosis, and treatment planning*. New York: Brunner/Mazel.
- Hyde, J. S. (1990). *Understanding human sexuality* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Iqbal, K., & Grundke-Iqbal, I. (1996). Molecular mechanism of Alzheimer's neurofibrillary degeneration and therapeutic intervention. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobioloirf of Alzheimer's disease*. New York: New York Academy of Sciences.
- Jackson, J. S. (Ed.). (1988). *The Black American elderly: Research on physical and psychosocial health*. New York: Springer.
- Jacobs, B. L. (Ed.). (1984). *Hallucinogens: neurochemical, behavioral, and clinical perspectives*. New York: Raven Press.
- Jacobs, D., & Klein, M. E. (1993). The expanding role of psychological autopsies. In A. A. Leenaars (Ed.), *Suicidology*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jacobson, E. (1971). *Depression*. New York: International Universities Press.
- Jacobson, J. W., & Schwartz, A. A. (1991). Evaluating living situations of people with development disabilities. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- Jaffe, J. H. (1985). Drug addiction and drug abuse. In Goodman & Oilman (Eds.), *The pharmacological basis of therapeutic behavior*. New York: Macmillan.
- James, W. (1890). *Principles of psychology* (Vol. 1). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Jamison, K. R. (1995). *An unquiet mind*. New York: Vintage Books.

- Janus, S. S., & Janus, C. L. (1993). *The Janus report on sexual behavior*. New York: Wiley.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1994). Mood disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jefferson, L. (1948). *These are my sisters*. Tulsa, OK: Vickers.
- Jenike, M. A. (1991). Management of patients with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. In M. T. Pato & J. Zohar (Eds.), *Current treatments of obsessive-compulsive disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jenike, M. A. (1991). Obsessive-compulsive disorders: A clinical approach. In W. Coryell & G. Winokur (Eds.), *The clinical management of anxiety disorders*. New York: Oxford University Press.
- Jenike, M. A. (1995). Alzheimer's disease. In *Scientific American Series: Vol. 13. Psychiatry*. New York: Scientific American.
- Johnson, C., & Wonderlich, S. A. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Washington, DC: Hemisphere.
- Johnson, E. H., Gentry, W. D., & Julius, S. (Eds.). (1992). *Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension*. Washington, DC: Hemisphere.
- Johnson, F. A. (1991). Psychotherapy of the elderly anxious patient. In C. Salzman & B. D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly*. New York: Springer.
- Johnson, M. R., Lydiard, R. B., Morton, W. A., Laird, L. K., Steele, T. E., Kellner, C. H., & Ballenger, J. C. (1993). Effect of fluvoxamine, imipramine and placebo on catecholamine function in depressed outpatients. *J. Psychiatr. Res.*, 27(2), 161-172.
- Johnston, D. W. (1992). The management of stress in the prevention of coronary heart disease. In S. Macs, H. Levental, & M. Johnston (Eds.), *International review of health psychology* (Vol. 1). New York: Wiley.
- Johnston, L., Bachman, J., & O'Malley, P. (1996). *Monitoring the future study*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M, & Bachman, J. G. (1993). *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1992*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jones, A., & Schechter, S. (1992). *When love goes wrong*. New York: HarperCollins.
- Joyner, C. D., & Swenson, C. C. (1993). Community-level intervention after a disaster. In C. F. Saylor (Ed.), *Children and disasters*. New York: Plenum Press.
- Julius, S. (1992). Relationship between the sympathetic tone and cardiovascular responsiveness in the course of hypertension. In E. H. Johnson, E. D. Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension*. Washington, DC: Hemisphere.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., & Holt, C. S. (1996). Social phobia: Diagnostic issues and review of cognitive behavioral treatment strategies. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 30). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kahn, A. P. & Fawcett, J. (1993). *The encyclopedia of mental health*. New York: Facts on File.
- Kaij, L. (1960). *Alcoholism in twins: Studies on the etiology and sequels of abuse of alcohol*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Kaminer, Y. (1991). Adolescent substance abuse. In R. J. Frances & S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders*. New York: Guilford.
- Kanner, B. (1995). *Are you normal?: Do you behave like everyone else?* New York: St. Martin's.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, W. (1984). *The relationship between depression and antisocial behavior among a court-referred adolescent population*. Presented to the American Academy of Child Psychiatry, Toronto.
- Kardiner, A. (1977). *My analysis with Freud: Reminiscences*. New York: Norton.
- Karel, R. (1992, May 1). Hopes of many long-term sufferers dashed as PDA ends medical marijuana program. *Psychiatr. News*.
- Karon, B. P. & Vandenbos, G. R. (1996). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfiel (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.).

New York: Wiley.

Kazdin, A. E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Kearney-Cooke, & Steichen-Asch, P.

(1990). Men, body image, and eating disorders. In A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Keen, E. (1970). *Three faces of being: Toward an existential clinical psychology*. By the Meredith Corp. Reprinted by permission of Irvington Publishers.

Keesey, R. E., & Corbett, S. W. (1983). Metabolic defense of the body weight set-point. In A. J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders*. New York: Raven Press.

Keith, S. J., Regier, D. A., & Rae, D. S.

(1991). Schizophrenic disorders. In L. N. Robins & D. S. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area study*. New York: Free Press.

Kemp, D. R. (1994). *Mental health in the workplace: An employer's and manager's guide*. Westport, CT: Quorum Books.

Kendall, P. C. (Ed.). (1990). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.

Kernberg, O. E. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1997). Convergences and divergences in contemporary psychoanalytic technique and psychoanalytic psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota.

Kiev, A. (1972). *Transcultural psychiatry*. New York: Free Press.

Kiev, A. (1989). Suicide in adults. In J. G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of the affective disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Kihlstrom, J. F. (1994). *The social construction of memory*. Paper presented at the American Psychological Society convention.

Kihlstrom, J. E., Tatarzyn, D. J., & Hoyt, I. P. (1993). Dissociative disorders. In P. B. Sucker and H. E. Adams (Eds.) *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

King, L. W., Liberman, R. P., & Roberts, J. (1974). *An evaluation of personal effectiveness training (assertive training): A behavior group therapy*. Paper presented at the 31st annual conference of American Group Psychotherapy Association, New York.

King, N. J. (1993). Simple and social phobias. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 15). New York: Plenum Press.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.

Kirk, S. A., & Kutichins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.

Kisker, G. W. (1977). *The disorganized personality*. New York: McGraw-Hill.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). Interpersonal psychotherapy. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Markowitz, J., Click, I., Wilner, P. J., Mason, B., & Shear, M. K. (1994). Medication and psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B., Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. New York: Routledge.

Kluft, R. P. (Ed.). (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1988). The dissociative disorders. In J. Talbott, R. Hales, & S. Yudofsky (Eds.), *Textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. P. (1993). Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In R. P. Kluft & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Towards a social psychology of stress and health. In J. Suls & G. Sanders (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kobasa, S. C. (1984). Barriers to work stress: II. The «hardy» personality. In W. D. Gentry, H. Benson, & C. J. de Wolff (Eds.), *Behavioral medicine: Work, stress and health*. The

- Hague: Martinus Nijhoff.
- Kobasa, S. C. (1987). Stress responses and personality. In R. C. Barnett, L. Biener, & G. K. Baruch (Eds.), *Gender and stress*. New York: Free Press.
- Kobasa, S. C. (1990). Stress resistant personality. In R. E. Ornstein, & C. Swencionis (Eds.), *The healing brain: A scientific reader*. Oxford: Pergamon Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kolff, C. A., & Doan, R. N. (1985). Victims of torture: Two testimonies. In E. Stover & E. O. Nightingale (Eds.), *The breaking of bodies and minds: Torture, psychiatric abuse, and the health professions*. New York: W. H. Freeman.
- Kolodny, R., Masters, W. H., & Johnson, J. (1979). *Textbook of sexual medicine*. Boston: Little, Brown.
- Kopelman, M. D. (1995). The assessment of psychogenic amnesia. In A. D. Baddeley, B. A. Wilson, F. N. Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders*. Chichester, England: Wiley.
- Korchin, S. J., & Sands, S. H. (1983). Principles common to all psychotherapies. In C. E. Walker et al. (Eds.), *The handbook of clinical psychology*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Koss, M. P., & Harvey, M. R. (1987). *The rape victim*. Lexington, MA: Stephen Green.
- Kramer, M. (1992). Cited in R. D. Cartwright & L. Lamberg, *Crisis dreaming: Using your dreams to solve your problems*. HarperCollins, 1992.
- Kramer, S. & Akhtar, S. (Eds.). (1994). *Mahler and Kohut: Perspectives in development, psychopathology, and technique*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Krantz, L. (1992). *What the odds are*. New York: Harper Perennial.
- Kratochwill, T. R. (1992). Single-case research design and analysis: An overview. In T. R. Kratochwill & J. R. Levin (Eds.), *Single-case research design and analysis: new directions for psychology and education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kresin, D. (1993). Medical aspects of inhibited sexual desire disorder. In W. O'Donohue & J. Geer (eds.), *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago.
- Kuriansky, J. B. (1988). Personality style and sexuality. In R. A. Brown & J. R. Field (Eds.), *Treatment of sexual problems in individual and couples therapy*. Costa Mesa, CA: PMA Publishing Corp.
- Kushner, H. I. (1995). Women and suicidal behavior: Epidemiology, gender and lethality in historical perspective. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Lacks, P. (1984). *Bender Gestalt screening for brain dysfunction*. New York: Wiley.
- Lader, M. (1992). Hazards of benzodiazepine treatments of anxiety. In G. D. Burrows, S. M. Roth, & R. Noyes, Jr., *Handbook of anxiety* (Vol. 5). Oxford: Elsevier.
- Lamb, H. R. (1994). Public psychiatry and prevention. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Weber, F. D., & Sykes J. D. (1993, April). *Psychotherapy versus placebo*. Paper presented at the annual meetings of the Western Psychological Association, Phoenix, AZ.
- Landry, M. J. (1994). *Understanding drugs of abuse: The processes of addiction, treatment, and recovery*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Langer, E.J. (1983). *The psychology of control*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T, & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lazarus, A. A. (1965). The treatment of a sexually inadequate man. In L. P. Ullman & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, R. K. K., Jimenez, J., Cox, A. J., & Wurtman, R. J. (1996). Metabotropic glutamate receptors regulate APP processing in hippocampal neurons and cortical astrocytes derived from fetal rats. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease*. New York: New York Academy of Sciences.
- Leenaars, A. A. (1989). *Suicide notes: Predictive clues and patterns*. New York: Human

Sciences.

- Leenaars, A. A. (1991). Suicide in the young adult. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process*. New York: Plenum Press.
- Leenaars, A. A. (1992). Suicide notes, communication, and ideation. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
- Lehman, R. S. (1991). *Statistics and research design in the behavioral sciences*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Lehmann, H. E. (1967). Psychiatric disorders not in standard nomenclature. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & H. S. Kaplan (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lehmann, H. E. (1985). Current perspectives on the biology of schizophrenia. In M. N. Menuck & M. V. Seeman, *New perspectives in schizophrenia*. New York: Macmillan.
- Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunraj, D., & Woolfolk, R. L. (1993). Differential effects of stress management therapies in behavioral medicine. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Leiblum, S. R., (1996). *Sexual pain disorders. In treatment of psychiatric disorders: The DSM-IV edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Leland, H. (1991). Adaptive behavior scales. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- Leon, G. R. (1984). *Case histories of deviant behavior* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Lerner, H. D., & Lerner, P. M. (Eds.). (1988). *Primitive mental states and the Rorschach*. Madison, CT: International Universities Press.
- Leshner, A. I. et al. (1992). *Outcasts on the main street: Report of the Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness*. Washington, DC: Interagency Council on the Homeless.
- Lester, D. (1989). *Can we prevent suicide?* New York: AMS Press.
- Lester, D. (1992). Alcoholism and drug abuse. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
- Leszcz, M. (1992). Group psychotherapy of the borderline patient. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Letourneau, E., & O'Donohue, W. (1993). Sexual desire disorders. In W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn & Bacon.
- Levin, J., & Fox, J. A. (1985). *Mass murder*. New York: Plenum Press.
- Levine, M. D. (1987). *How schools can help combat student eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia*. Washington, DC: National Education Assoc.
- Levitt, E. E. (1989). *The clinical application of MMPI Special Scales*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Levy, N. B. (1985). Conversion disorder. In R. C. Simons (Ed.), *Understanding human behavior in health and illness* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Levy, N. B. (1985). The psychophysiological disorders: An overview. In R. C. Simons (Ed.), *Understanding human behavior in health and illness* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Levy, S. M., & Roberts, D. C. (1992). Clinical significance of psychoneuroimmunology: Prediction of cancer outcomes. In N. Schneiderman, P. McCabe, & A. Baum (Eds.), *Perspectives in behavioral medicine: Stress and disease processes*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steirunetz, J. L., & Ten, L. (1984). *The coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Teri, L., & Tilson, M. (1990, April). Presentation. Western Psychological Association.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. In A. T. Rush (Ed.), *Shortterm psychotherapies for the depressed patient*. New York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A., & Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression. In R. A. Depue (Ed.), *The psychobiology of the depressive disorders*. New York: Academic Press.
- Lichtenberg, J. W., & Kalodner, C. (1997, February 28). *The science-based practice of counseling psychology: A case for empirically-validated interventions*. Paper presented at the midwinter meeting of the Council of Counseling Psychology Training Programs, La Jolla, CA.
- Lickey, M. E., & Gordon, B. (1991). *Medicine and mental illness: The use of drugs in psychiatry*. New York: W. H. Freeman.

- Liebowitz, S. F. & Hoebel, B. G. (1998). Behavioral neuroscience of obesity. In G.A. Bray, C. Bouchard, & P.T. James (Eds.), *The Handbook of Obesity*. New York: Dekker Inc.
- Lifton, R. J. (1973). *Home from the war: Vietnam veterans, neither victims nor executioners*. New York: Simon & Schuster.
- Limandri, B. J. & Sheridan, D. J. (1995). Prediction of intentional interpersonal violence: An introduction. In J. C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lindholm, C., & Lindholm C. (1981, July). World's strangest mental illnesses. *Sd. Digest*.
- Lindner, M. (1968). *Hereditary and environmental influences upon resistance to stress*. Unpublished doctoral dissertation, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Lindsay, D. S. (1996). Contextualizing and clarifying criticisms of memory work in psychotherapy. In K. Pezdek & W. P. Banks (Eds.), *The recovered memory/ false memory debate*. San Diego: Academic Press.
- Links, P. S. (1996). *Clinical assessment and management of severe personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lish, J. D., Kavoussi, R. J., & Coccaro, E. F. (1996). Aggressiveness. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Livesley, W. J. (Ed.). (1995). *The DSM-IV personality disorders*. New York: Guilford.
- Lloyd, G. K., Fletcher, A., & Minchin, M. C. W. (1992). GABA agonists as potential anxiolytics. (1992). In G. D. Burrows, S. M. Roth, & R. Noyes, Jr., *Handbook of Anxiety* (Vol. 5). Oxford: Elsevier.
- Logue, A. W. (1991). *The psychology of eating and drinking*. New York: W. H. Freeman.
- LoPiccolo, J. (1990). Treatment of sexual dysfunction. In A. S. Bellak, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- LoPiccolo, J. (1991). Post-modern sex therapy for erectile failure. In R. C. Rosen & S. R. Leiblum (Eds.), *Erectile failure: diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- LoPiccolo, J. (1995). Sexual disorders and gender identity disorders. In R. J. Comer, *Abnormal psychology* (2nd ed.). New York: W. H. Freeman.
- LoPiccolo, J. (1997). Sex therapy: A postmodern model. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods* (2nd ed.).
- LoPiccolo, J., & Friedman, J. R. (1988). Broad spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic treatment. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford.
- LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1987). Sexual function, dysfunction, and counseling in gynecological practice. In Z. Rosenwaks, F. Benjamin, & M. L. Stone (Eds.), *Gynecology*. New York: Macmillan.
- Lorand, S. (1968). Dynamics and therapy of depressive states. In W. Gaylin (Ed.), *The meaning of despair*. New York: Jason Aronson.
- Lorenzo, A., & Yankner, B. A. (1996). Amyloid fibril toxicity in Alzheimer's disease and diabetes. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease*. New York: New York Academy of Sciences.
- Luborsky, L. (1973). Forgetting and remembering (momentary forgetting) during psychotherapy. In M. Mayman (Ed.), *Psychoanalytic research and psychological issues* (Monograph 30). New York: International Universities Press.
- Ludwig, A. M. (1995). *The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy*. New York: Guilford.
- Lykken, D. X. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- MRI [Matrix Research Institute]. (1998). *The facts about mental illness and work*. Philadelphia, PA: Author.
- MacDonald, M. L., & Schnur, R. E. (1987). Anxieties and American elders: Proposals for assessment and treatment. In L. Michelson & L. M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive behavioral assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Mace, N., & Rabins, P. (1991). *The 36-hour day* (2nd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Thomas.
- Manderscheid, R. W., & Sonnenschein, M. A. (1992). *Mental health, United States, 1992*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Manson, S. M., & Good, B. J. (1993). *Cultural considerations in the diagnosis of DSM-IV mood disorders. Cultural proposals and supporting papers for DSM-IV*. Submitted to the DSM-IV Task Force by the Steering Committee, NIMH-Sponsored Group on Culture and

Diagnosis.

Maris, R. W. (Ed.). (1986). *Biology of suicide*. New York: Guilford.

Marks, I. M. (1977). Phobias and obsessions: Clinical phenomena in search of a laboratory model. In J. Maser & M. Seligman (Eds.), *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: W. H. Freeman.

Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.

Marks, I. M., & Swinson, R. (1992). Behavioral and/or drug therapy. In G. D. Burrows, S. M. Roth, & R. Noyes, Jr., *Handbook of Anxiety* (Vol. 5). Oxford, England: Elsevier.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. (Eds.). (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. Davidson & S. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine*. New York: Brunner/Mazel.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Marquis, J. N., & Morgan, W. G. (1969). *A guidebook for Systematic desensitization*. Palo Alto, CA: Veterans Administration Hospital.

Marsella, A. J. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. In H. C. Triandis & J. Draguns (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology* (Vol. 6). Boston: Allyn & Bacon.

Marshall, J. J. (1997). Private Correspondence.

Martin, J. K., Kraft, J. M., & Roman, P. M. (1994). Extent and impact of alcohol and drug use problems in the workplace: A review of the empirical evidence. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: Vol. 11: Drug testing in the workplace*. New York: Plenum Press.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.

Mathews, A. (1984). Anxiety and its management. In R. N. Gajend, F. I. Fawzy, B. L. Hudson, & R. O. Pasnau (Eds.), *Current themes in psychiatry* (Vol. 3). New York: Spectrum.

May, R. (1961). *Existential psychology*. New York: Random House.

May, R. (1967). *Psychology and the human dilemma*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

May, R. (1987). Therapy in our day. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. E (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books.

May, R., & Yalom, I. (1989). Existential psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.

May, R., & Yalom, I. (1995). Existential psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: Peacock.

Mays, D. T., & Franks, C. M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.

McCarthy, P. R., Katz, I. R., & Foa, E. B. (1991). Cognitive-behavioral treatment of anxiety in the elderly: A proposed model. In C. Salzman & B. D. Leibowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly*. New York: Springer.

McCurdy, K. & Daro, D. (1993). *Current trends: A fifty state survey*. Washington, DC: National Committee for the Prevention of Child Abuse.

McDaniel, J. S., Moran, M. G., Levenson, J. L., & Stoudemire, A. (1994). Psychological factors affecting medical conditions. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

McGeer, P. L., & McGeer, E. G. (1996). Antiinflammatory drugs in the fight against Alzheimer's disease. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer disease*. New York: New York Academy of Sciences.

McIntosh, J. L. (1991). Epidemiology of suicide in the U.S. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide*. New York: Plenum Press.

McIntosh, J. L. (1992). Methods of suicide. In R. W. Mans, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.

McIntosh, J. L. (1996). *U.S. suicide rates 1932-1992*. Washington, DC: National Center for Health Statistics.

- McIntosh, J. L., Hubbard, R. W., & Santos, J. F. (1985). Suicide facts and myths: A study of prevalence. *Death Stud.*, 9, 267-281.
- Meehl, P. E. (1951). *Research results for counselors*. St. Paul, MN: State Dept. of Education.
- Meichenbaum, D. H. (1975). A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In I. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 2). New York: Wiley.
- Meichenbaum, D. H. (1975). Toward a cognitive of self control. In G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self regulation: Advances in research*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. H. (1992). Evolution of cognitive behavior therapy: Origins, tenets, and clinical examples. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Meichenbaum, D. H. (1993). The personal journey of a psychotherapist and his mother. In G. G. Brannigan & M. R. Merrens (Eds.), *The undaunted psychologist: Adventures in research*. New York: McGraw-Hill.
- Meichenbaum, D. H. (1993). Stress inoculation training: A 20-year update. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Meichenbaum, D. H. (1997). The evolution of a cognitive-behavior therapist. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Menke, J. A., McClead, R. E., & Hansen, N. B. (1991). Perspectives on perinatal complications associated with mental retardation. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- Meyer, R. E. (1995). Biology of psychoactive substance dependence disorders: Opiates, cocaine, and ethanol. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Meyer, R. E., Murray, R. E., Jr., Thomas, F. B. et al. (1989). *Prevention and treatment of alcohol problems: Research opportunities*. Washington, DC: National Academy.
- Meyer, R. G. (1992). *Abnormal behavior and the criminal justice system*. New York: Lexington Books.
- Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O., & Kolata, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown and Company.
- Michels, R. (1992). The borderline patient: Shifts in theoretical emphasis and implications for treatment. In D. Silver & M. Rosenbluth (Eds.), *Handbook of borderline disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Mickalide, A. D. (1990). Sociocultural factors influencing weight among males. In A. E. Andersen (Ed.), *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Miesel, A. (1989). *The right to die*. New York: Wiley.
- Miller, W. R., & Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*. Elms-ford, NY: Pergamon Press.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II* (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-11: Manual for the MCMI-II* (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, X. (1990). *Toward a new personology*. New York: Wiley.
- Millon, T. (1990). The disorders of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and practice*. New York: Guilford.
- Mineka, S. (1985). Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations. In A. H. Tuma & J. Maser (Kds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1987). My many voices. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. (1992). *Family healing*. New York: Free Press.

- Minuchin, S. (1997). The leap to complexity: Supervision in family therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford.
- Mizes, J. S. (1995). Eating disorders. In M. Hersen & R. T. Ammerman (Eds.), *Advanced abnormal child psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Modrow, J. (1992). *How to become a schizophrenic: The case against Bio. Psychiatry*. Everett, WA: Apollyon Press.
- Mohr, J. W., Turner, R. E., & Jerry, M. B. (1964). *Pedophilia and exhibitionism*. Toronto: University of Toronto.
- Monahan, J. (1993). Mental disorder and violence: Another look. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage.
- Monahan, J., & Davis, S. K. (1983). Mentally disordered sex offenders. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Mentally disordered offenders*. New York: Plenum Press.
- Monahan J., & Sreadman, H. J. (Eds.). (1983). *Mentally disordered offenders*. New York: Plenum-Press.
- Mondimore, F. M. (1993). *Depression, the mood disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Morgan, M. J., & London, E. D. (1995). The use of positron emission tomography to study the acute effects of addictive drugs on cerebral metabolism. In A. Biegon & N. D. Volkow (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*. Boca Raton: CRC Press, Inc.
- Moskovitz, R. A. (1996). *Lost in the mirror: An inside look at borderline personality disorder*. Dallas, TX: Tayloir Publishing Company.
- Mulder, A. (1996). *Prevention of suicidal behaviour in adolescents: The development and evaluation of a teacher's education programme*. Leiden: University of Leiden.
- Murphy, J. B., & Lipshultz, L. I. (1988). Infertility in the paraplegic male. In E. A. Tanagho, T. F. Lue, & R. D. McKire (Eds.), *Contemporary management of impotence and infertility*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Fairlawn, NJ: Oxford UP.
- Mustaine, E. E. & Tewksbury, R. (1998). Specifying the role of alcohol in predatory victimization. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 19, 173–199.
- Muuss, R. E. (1986). Adolescent eating disorder: Bulimia. *Adolescence*, 27(82), 257-267.
- Myatt, R. J., & Greenblatt, M. (1993). Adolescent suicidal behavior. In A. A. Leenaars (Ed.), *Suicidology*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Nahas, G. G. (1984). Toxicology and pharmacology. In G. G. Nahas (Ed.), *Marijuana in science and medicine*. New York: Raven Press.
- Nelson, R. O. (1977). Assessment and therapeutic functions of self-monitoring. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press.
- Newcomb, M. D. (1994). Predictors of drug use and implications for the workplace. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: (Vol. 11). Drug testing in the workplace*. New York: Plenum Press.
- Newsweek Poll (1995). *The state of shame and the union*. Princeton, NJ: Princeton Survey Research Associates.
- Nichols, M. P. (1984). *Family therapy: concepts and methods*. New York: Gardner Press.
- Nichols, M. P. (1992). *The power of family therapy*. New York: Gardner Press.
- Nichter, M., & Vuckovic, N. (1994). Fat talk: Body image among adolescent females. In N. Sault (Ed.), *Mirror, mirror: Body image and social relations*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., & Milich, R. (1994). *Introduction to clinical psychology* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Nijinsky, V. (1936). *The diary of Vaslav Nijinsky*. New York: Simon & Schuster.
- Nishino, S., Mignot, E., & Dement, W. C. (1995). Sedative-hypnotics. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Nitenson, N. C., & Cole, J. O. (1993). Psychotropic-induced sexual dysfunction. In D. L. Dunner (ed.), *Current psychiatric therapy*. Philadelphia: Saunders.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford

University Press.

- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1995). Explanatory style and achievement, depression, and gender differences in childhood and early adolescence. In G. Buchanan & M. Seligman (Eds.), *Explanatory style*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Noll, R., & Turkington, C. (1994). *The encyclopedia of memory and memory disorders*. New York: Facts on File.
- Nurnberger, J. L., Jr., & Gershon, E. S. (1984). Genetics of affective disorders. In R. M. Post & J. C. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders: Vol. 1. Frontiers of clinical neuroscience*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Nurnberger, J. I., Jr., & Gershon, E. S. (1992). Genetics. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- OSAP (Office for Substance Abuse Prevention). (1991). *Children of alcoholics: Alcoholism tends to run in families*. Rockville, MD: Author.
- OSAP. (1991). *College youth*. Rockville, MD: Author.
- OSAP. (1991). *Crack cocaine: A challenge for prevention*. (R. Dupone, Ed.). Rockville, MD: OSAP.
- OSAP. (1991). *Impaired driving*. Rockville, MD: Author.
- O'Leary, K. D., & Kent, R. (1973). Behavior modification for social action: Research tactics and problems. In L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, & E. J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice*. Champaign, IL: Research Press.
- O'Sullivan, G., & Marks, I. M. (1991). Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment. In R. Noyes, G. D. Burrows, & M. Roth (Eds.), *Handbook of anxiety* (Vol. 4). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Ogden, J. A. & Corkin, S. (1991). Memories of H. M. In W. C. Abraham, M. C. Corballis, & K. G. White (Eds.), *Memory mechanisms: A tribute to G. V. Goddard*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ogloff, J. R. P., Schweighofer, A., Turnbull, S. D., & Whittemore, K. (1992). Empirical research regarding the insanity defense: How much do we really know? In J. R. P. Ogloff (Ed.), *Law and psychology: The broadening of the discipline*.
- Osgood, N. J., Brant, B. A., & Lipman, A. (1991). *Suicide among the elderly in long-term care facilities*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Osgood, N. J., & Eisenhandler, S. A. (1995). By her own hand: The acquiescent suicide of older women. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Oyemade, U. J. (1989). *Parents and children getting a head start against drugs. Fact Sheet 1989*. Alexandria, VA: National Head Start Association.
- Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *J. Autism Child Schizo.*, 28(1), 25.
- Parker, G. (1992). Early environment. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Paul, G. L., & Lentz, R. (1977). *Psychosocial treatment of the chronic mental patient*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Paykel, E. S. (Ed.). (1982). *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Paykel, E. S. (1991). Stress and life events. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk factors for youth suicide*. New York: Hemisphere.
- Paykel, E. S., & Cooper, Z. (1992). Life events and social stress. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Payne, A. F. (1928). *Sentence completion*. New York: New York Guidance Clinics.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction treatment out of control*. Lexington, MA: Lexington Books/D.C. Heath.
- Peele, S. (1992). Alcoholism, politics, and bureaucracy: The consensus against controlled-drinking therapy in America. *Addic. Behav.*, 17, 49-62.
- Pekrun, R. (1992). Expectancy-value theory of anxiety: Overview and implications. In D. G. Forgays, T. Sosnowski, & K. Wrzesniewski (Eds.), *Anxiety: Recent developments in cognitive, psychophysiological, and health research*. Washington, DC: Hemisphere.
- Perris, C. (1988). Decentralization, sectorization, and the development of alternatives to institutional care in a northern county in Sweden. In C. N. Stefanis & A. D. Rabavilis (Eds.), *Schizophrenia: Recent biosocial developments*. New York: Human Science.
- Perry, J. C. (1989). Dependent personality disorder. In American Psychiatric Association (Eds.), *Treatments of psychiatric disorders: A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Petersen, A. C., Compas, B., & Brooks-Gunn, J. (1991). *Depression in adolescence: Implications of current research for programs and policy*. Report prepared for the Carnegie Council on Adolescent Development, Washington, D.C.
- Peterson, L., & Roberts, M. C. (1991). Treatment of children's problems. In C. E. Walker (Ed.), *Clinical psychology: Historical and research foundations*. New York: Plenum Press.
- Pew Research Center for the People and the Press. (1997). *Trust and citizen engagement in metropolitan Philadelphia: A case study*. Washington, DC: Author.
- Pfeffer, C. R. (1986). *The suicidal child*. New York: Guilford.
- Phillips, D. P., Lesyna, K., & Paight, D. J. (1992). Suicide and the media. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
- Phillips, K. A., & Gunderson, J. G. (1994). Personality disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pickens, R., & Fletcher, B. (1991). Overview of treatment issues. In R. Pickens, C. Leukefeld, & C. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault*. New York: Plenum Press.
- Pithers, W. D., & Gunning, G. F. (1989). Can relapses be prevented? Initial outcome data for the Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford.
- Polster, E. (1992). The self in action: A gestalt outlook. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference*. New York: Brunner/Mazel.
- Pope, B. (1983). The initial interview. In C. E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology: Theory, research, and practice*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1984). *New hope for binge eaters: Advances in the understanding and treatment of bulimia*. New York: Harper & Row.
- Pope, K. S., & Bouhoutsos, J. (1986). *Sexual intimacy between therapists and patients*. New York: Praeger.
- Pope, K. S., & Brown, L. S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Popper, C. W. (1988). Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence. In J. Talbott, R. S. Hales, & S. C. Yudofsky (Eds.), *Textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Poretz, M., & Sinrod, B. (1991). *Do you do it with the lights on?* New York: Ballantine Books.
- Post, R. M., Ballenger, J. C., & Goodwin, F. K. (1980). Cerebrospinal fluid studies of neurotransmitter function in manic and depressive illness. In J. H. Wood (Ed.), *The neurobiology of cerebrospinal fluid*, (Vol. 1). New York: Plenum Press.
- Post, R. M., Denicoff, K. D., Frye, M. A., & Leverich, G. S. (1997). Re-evaluating carbamazepine prophylaxis in bipolar disorder. *Brit. J. Psychiat.*, 170, 202-204.
- Post, R. M. et al. (1978). Cerebrospinal fluid norepinephrine in affective illness. *Amer. J. Psychiat.*, 135(8), 907-912.
- Prien, R. F. (1992). Maintenance treatment. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Princeton Survey Research Associates (1996). *Adultery in the '90s*. In *Newsweek* poll. New York: Author.
- Princeton Survey Research Associates (1996). *Healthy steps for young children: Survey of parents*. Princeton: Author.
- Princeton Survey Research Associates (1997, Spring/Summer). *What matters most*. In *Newsweek* Poll. New York: Author.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy*. Chicago: Dorsey.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Pueschel, S. M., & Thuline, H. C. (1991). Chromosome disorders. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon.
- Putnam, F. W. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In R. P. Kluft, *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Quinsey, V. L., & Earls, G. M. (1990). The modifier of sexual preferences. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault*. New York:

Plenum.

Rachman, S. (1985). Obsessional-compulsive disorders. In B. P. Bradley & C. T. Thompson (Eds.), *Psychological applications in psychiatry*. Chichester, England: Wiley.

Rachman, S. (1985). The treatment of anxiety disorders: A critique of the implications for psychopathology. In A. Tuma and M. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*.

Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rossor, M. N., Kennedy, A. M., & Frackowiak, R. S. J. (1996). Clinical and neuroimaging features of familial Alzheimer's disease. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease*. New York: New York Academy of Sciences.

Roy, A. (1992). Genetics, biology, and suicide in the family. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.

Russell, G. F. M. (1995). Anorexia nervosa through time. In G. Szumukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.

Russell, R. M. et al. (1992). Chapter 12. In K. Halmi (Ed.), *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Rutter, M. (1966). Prognosis: Psychotic children in adolescence and early adult life. In J. K. Wing (Ed.), *Childhood autism: Clinical, educational, and social aspects*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (1996). *Advance Report Number 17: Preliminary estimates from the drug abuse warning network*.

Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.

SAMHSA (1996). *National Household Survey on Drug Abuse, 1994 and 1995*. Office of Applied Studies.

SAMHSA News. (1993, Spring). *Agencies improve mental health services in jails*, (Vol. 1, No. 2.) U.S. Dept. of Health and Human Services.

Sachs, R. G. (1986). The adjunctive role of social support systems. In B. G. Braun (Ed.), *The treatment of multiple personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sadock, B. J. (1989). Group psychotherapy, combined individual and group psychotherapy, and psychodrama. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

Sadock, V. A. (1989). Rape, spouse abuse, and incest. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., Vol. 1). Baltimore: Williams & Wilkins.

Salzman, L. (1980). *Psychotherapy of the obsessive personality*. New York: Jason Aronson.

Salzman, L. (1989). *Compulsive personality disorder*. In *Treatments of psychiatric disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sanford, R. C. (1987). An inquiry into the evolution of the client-centered approach to psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Sapsford, L. (1995). Surviving the suicidal death of a loved one: Women's experience of grief integration. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.

Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy: A guide to therapy and technique*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy* (Revised Ed.). Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Satir, V. (1987). Going behind the obvious: The psychotherapeutic journey. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Saunders, D. G. (1982). Counseling the violent husband. In P. A. Keller & L. G. Ritt (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 1). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Schacter, D. L., Glisky, E. L., & McGlynn, S. M. (1990). Impact of memory disorder on everyday life: Awareness of deficits and return to work. In D. Tupper & K. Cicerone (Eds.), *The neuropsychology of everyday life: Vol. 1. Theories and Basic Competencies*. Boston: Martinus Nijhoff.

Scheff, T. J. (1975). *Labeling madness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Schneider, R. H., Alexander, C. N., & Wallace, R. K. (1992). In search of an optimal behavioral treatment for hypertension: A review and focus on transcendental meditation. In

- E. H. Johnson, W. D. Gentry, & S. Julius (Eds.), *Personality, elevated blood pressure, and essential hypertension*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schneiderman, L., & Baum, A. (1992). Acute and chronic stress and the immune system. In N. Schneiderman, P. McCabe, & A. Baum (Eds.), *Perspectives in behavioral medicine: Stress and disease processes*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schooler, J. W. (1996). Seeking the core: The issues and evidence surrounding recovered accounts of sexual trauma. In K. Pezdek & W. P. Banks (Eds.), *The recovered memory/false memory debate*. San Diego: Academic Press.
- Schreiber, F. R. (1973). *Sybil*. Chicago: Regnery.
- Schreier, H., & Libow, J. (1994). Munchausen by proxy syndrome: A clinical fable for our times. *J. Amer. Acad. Child AM. Psychiat.*, 33(6), 904-905.
- Schuckit, M. A. (1987). Alcohol and alcoholism. In E. Braunwald, K. J. Isselbacher, R. G. Petersdorf, et al. (Eds.), *Hamison's principles of internal medicine*, (Vol. 2). New York: McGraw-Hill.
- Schwartz, G. E. (1977). Psychosomatic disorders and biofeedback: A psychobiological model of dis-regulation. In J. D. Maser & M. E. P. Seligman (Eds.), *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Schwartz, S., & Johnson, J. J. (1985). *Psychopathology of childhood*. New York: Pergamon Press.
- Scola, P. S. (1991). Classification and social status. In J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation*. New York: Pergamon Press.
- Searleman, A., & Herrmann, D. (1994). *Memory from a broader perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Selkoe, D. J., Yamazaki, T., Citron, M., Podlisny, M. B., Koo, E. H., Teplow, D. B., & Haass, C. (1996). The role of APP processing and trafficking pathways in the formation of Amyloid B-protein. In R. J. Wurtman, S. Corkin, J. H. Growdon, & R. M. Nitsch (Eds.), *The neurobiology of Alzheimer's disease*. New York: The New York Academy of Sciences.
- Selling, L. S. (1940). *Men against madness*. New York: Greenberg.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Woburn, MA: Butterworth.
- Shain, M. (1994). Alternatives to drug testing: Employee assistance and health promotion programs. In S. Macdonald & P. Roman (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems: Vol. 11: Drug testing in the workplace*. New York: Plenum Press.
- Shea, S. (1990). Contemporary psychiatric interviewing: Integration of DSM-III-R, psychodynamic concerns and mental status. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Sheras, P., & Worchel, S. (1979). *Clinical psychology: A social psychological approach*. New York: Van Nostrand.
- Sherman, R., & Thompson, R. (1990). *Bulimia: A guide for family and friends*. Lexington, MA: Eeington.
- Shiffman, S., Engberg, J. B., Paty, J. A., Perz, W. G., et al. (1997). *A day at a time: Predicting smoking lapse from daily urge*.
- Shneidman, E. S. (1963). Orientations toward death: Subintentioned death and indirect suicide. In R. W. White (Ed.), *The study of lives*. New York: Atherton.
- Shneidman, E. S. (1979). An overview: Personality, motivation, and behavior theories. In L. D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects*. Littleton, MA: PSG Publishing Company.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Shneidman, E. S. (1991). *The key to suicide*. In personal correspondence.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Shneidman, E. S., & Farberow, N. (1968). The Suicide Prevention Center of Los Angeles. In H. L. P. Resnick (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and management*. Boston: Little, Brown.
- Siegel, K. (1988). Rational suicide. In S. Lesse (Ed.), *What we know about suicidal behavior and how to treat it*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Siever, L. J. (1981). Schizoid and schizotypal personality disorders. InJ. R. Lion (Ed.), *Personality disorders—Diagnosis and management*. Baltimore: Williams & Williams.
- Sifneos, P. E. (1987). *Short term dynamic psychotherapy evaluation and technique* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Sifneos, P. E. (1992). *Shortterm anxiety-provoking psychotherapy: A treatment manual*.

New York: Basic Books.

Sigerist, H. E. (1943). *Civilization and disease*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Silverman, P. (1992). An introduction to self-help groups. In B. J. White & E. J. Madara (Eds.), *The self-help sourcebook: Finding and forming mutual aid self-help groups*. Denville, NJ: St. Clares-Riverside Medical Center.

Silverstone, T., & Hunt, N. (1992). Symptoms and assessment of mania. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

Sipprelle, R. C. (1992). A Vet Center experience: Multievent trauma, delayed treatment type. In D. W. Foy (Ed.), *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies. Treatment manuals for practitioners*. New York: Guilford.

Slade, P. (1995). Prospects for prevention. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.

Slater, E., & Shields, J. (1969). Genetical aspects of anxiety. Special Publication No. 3.

Slovenko, R. (1995). *Psychiatry and criminal culpability*. New York: Wiley.

Smith, A. L., & Weissman, M. M. (1992). Epidemiology. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

Smith, H. (1995). *Unhappy children: Reasons and remedies*. London: Free Association Books.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University.

Smolan, R., Moffitt, P., & Naythons, M. (1990). *The power to heal: Ancient arts and modern medicine*. New York: Prentice Hall.

Snyder, S. (1980). *Biological aspects of mental disorder*. New York: Oxford University Press.

Snyder, S. (1986). *Drugs and the brain*. New York: Scientific American Library.

Snyder, S. (1991). Drugs, neurotransmitters, and the brain. In P. Corsi (Ed.), *The enchanted loom: Chapters in the history of neuroscience*. New York: Oxford University Press.

Snyder, W. V. (1947). *Casebook of non-directive counseling*. Boston: Houghton Mifflin.

Solzhenitsyn, A. (1971). Correspondence. In C. Mee, *The Internment of Russian Dissenters in Mental Hospitals*. Cambridge, England: John Arliss.

Spanos, N. P., & Coe, W. C. (1992). A social-psychological approach to hypnosis. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research*. New York: Guilford.

Spiegel, D. (1994). Dissociative disorders. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1). New York: Academic Press.

Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 2). New York: Academic Press.

Spielberger, C. D. (1985). Anxiety, cognition, and affect: A state-trait perspective. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Spitzer, R. L., Gibbon, M., Skodol, A. E., Williams, J. B. W., & First, M. B. (Eds.) (1994). *DSM-IV Casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitzer, R. L., Skodol, A., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1981). *DSM-III case book* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitzer, R. L., Skodol, A. E., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1983). *Psychopathology: A case book*. New York: McGraw-Hill.

Spoont, M. R. (1996). Emotional instability. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.

Stanley, M. (1991). Post mortem studies of suicide. In L. Davidson & M. Linnoila (Eds.), *Risk factors for youth suicide*. New York: Hemisphere.

Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Grisso, T., Klassen, D., Mulvey, E. P., & Roth, L. (1993). From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime*. New York: Sage.

Stein, M. B., & Uhde, T. W. (1995). In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: American

Psychiatric Press.

Stillion, J. M. (1985). *Death and the sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills*. Washington, DC: Hemisphere.

Stillion, J. M., & McDowell, E. E. (1996). *Suicide across the life span: Premature exits* (2nd ed.). Washington, DC: Taylor & Francis.

Stock, W. (1993). Inhibited female orgasm. In W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn & Bacon.

Stone, M. H. (1989). Schizoid personality disorder. In American Psychiatric Association (Eds.), *Treatments of psychiatric disorders: A task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stone, M. H. (1993). Borderline personality disorder. In *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. New York: W.W. Norton, 215-257.

Stoyva, J. M., & Budzynski, T. H. (1993). Biofeedback methods in the treatment of anxiety and stress disorders. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

Strange, P. G. (1992). *Brain biochemistry and brain disorders*. New York: Oxford University Press.

Strober, M., & Yager, J. (1985). A developmental perspective on the treatment of anorexia nervosa in adolescents. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.

Stuhr, U., & Meyer, A. E. (1991). Hamburg short psychotherapy comparison experiment. In M. Crago & L. Beutler (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sue, S. (1991). Ethnicity and culture in psychological research and practice. In E. Garnets, J. M. Jones, D. Kimmel, S. Sue, & C. Tavris (Eds.), *Psychological perspectives on human diversity in America*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sue, S. (1991). Ethnicity and culture in psychological research and practice. In J. D. Goodchilds (Ed.), *Psychological perspectives on human diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A. E. Bergin & S. E. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Suter, S. (1986). *Health psychophysiology: Mind-body interactions in wellness and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Swonger, A. K., & Constantine, E. E. (1983). *Drugs and therapy: A handbook of psychotropic drugs* (2nd ed.). Boston: Eittle, Brown.

Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper (Hoeber).

Szasz, T. S. (1963). *Lava, liberty, and psychiatry*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Szasz, T. S. (1963). *The manufacture of madness*. New York: Harper & Row.

Szasz, T. S. (1977). *Psychiatric slavery*. New York: Free Press.

Szasz, T. S. (1987). Justifying coercion through theology and therapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Szasz, T. S. (1997). The healing word: Its past, present, and future. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.

Szmukler, G. I., & Patton, G. (1995). Sociocultural models of eating disorders. In G. Szmukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.

Taube, C. A. (1990). Funding and expenditures for mental illness. In R. W. Manderscheid & M. A. Sonnenschein (Eds.), *Mental Health, United States, 1990*. (DHHS Publication No. ADM 90-1708). Washington, DC: U. S. Department of Health and Human Services.

Teller, V., & Dalh, H. (1995). What psychoanalysis needs is more empirical research. In T. Shapiro, & R. N. Emde (Eds.), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome*. Madison, CT: International Universities Press.

Thelen, M., Lawrence, C. M., & Powell, A. (1992). Body image, weight control, and eating disorders among children. In J. II. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Washington, DC: Hemisphere.

Thigpen, C. H., & Cleckley, H. M. (1957). *The three faces of Eve*. New York: McGraw-Hill.

Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (1993). *Helping athletes with eating disorders*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

- Todd, T. C., & Stanton, M. D. (1983). Research on marital and family therapy: Answers, issues, and recommendations for the future. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Handbook of family and marital therapy*. New York: Plenum Press.
- Toglia, M. P. (1996). Recovered memories: Lost and found? In K. Pezdek & W. P. Banks (Eds.), *The recovered memory/ false memory debate*. San Diego: Academic Press.
- Torrey, E. E. (1988). *Nowhere to go: The tragic odyssey of the homeless mentally ill*. New York: Harper & Row.
- Torrey, E. F. (1997). *Out of the shadows: Confronting America's mental illness crisis*. New York: Wiley.
- Torrey, E. E., Bowler, A. E., Taylor, E. H., & Gottesman, I. I. (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder*. New York: Basic Books.
- Torrey, E. E., Stieber, J., Ezekiel, J., Wolfe, S. M., Sharfstein, J., Noble, J. H., & Flynn, L. M. (1992). *Criminalizing the seriously mentally ill*. Washington, D.C.: National Alliance for the Mentally 111 and Public Citizen Health Research Group.
- Torrey, E. E., Wolfe, S. M., & Flynn, L. M. (1988). *Care of the seriously mentally ill: A rating of state programs* (2nd ed.). Washington, DC: Public-Citizen Health Research Group and National Alliance for the Mentally 111.
- Treasure, & Szukler, G. I. (1995). Medical complications of chronic anorexia nervosa. In G. I. Szukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook on eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Treasure, Todd, G., & Szukler G. (1995). The inpatient treatment of anorexia nervosa. In G. Szukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Treffert, D. A. (1989). *Extraordinary People: Understanding Savant Syndrome*. New York: Ballantine Books.
- Ullmann, L. P., & Krasner, L. (1975). *A psychological approach to abnormal behavior* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Vaillant, G. E., & Perry, J. C. (1985). Personality disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Valenstein, E. S. (1986). *Great and desperate cures*. New York: Basic Books.
- Valente, S. M., & Saunders, J. M. (1995). Women, physical illness and suicidal behavior. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Valenti-Hein, D. C., Yarnold, P. R., & Mueser, K. T. (1994). Evaluation of the dating skills program for improving heterosocial interactions in people with mental retardation. *Behav. Mod.*, 18(1), 32-46.
- van Bommel, H. (1992). *Dying for care: Hospice care or euthanasia*. Toronto: NC Press.
- Van de Castle, R. (1993). Content of dreams. In M. A. Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreams*. New York: Macmillan.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology*. Chichester, England: Wiley.
- Vieira, C. (1993). Nudity in Dreams. In M. A. Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreams*. New York: Macmillan.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1994). Group therapy. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott, (Eds.), *The American Psychiatric Press text-book of psychiatry*, (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Volavka, J. (1995). *Neurobiology of violence*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Volkow, N. D., Gillespie, H., Tancredi, L., & Hollister, L. (1995). The effects of marijuana in the human brain measured with regional brain glucose metabolism. In A. Biegon & N. D. Volkow (Eds.), *Sites of drug action in the human brain*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- WHO(World Health Organization). (1992). *World Health Statistics Annual*. Geneva: Author.
- Wakeling, A. (1995). Physical treatments. In G. Szukler, C. Dare, & J. Treasure (Eds.), *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester, England: Wiley.
- Walker, E., & Young, T. D., (1986). *A kitting cure*. New York: Henry Holt.
- Walker, L. E. (1979). *The battered-woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Wallace, S. E. (1981). The right to live and the right to die. In S. E. Wallace & A. Eser (Eds.), *Suicide and euthanasia: The rights of personhood*. Knoxville: University of Tennessee.
- Watson, J. B. (1930). *Behaviorism* (Rev. Ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Weeks, D., & James, J. (1995). *Eccentrics: A study of sanity and strangeness*. New York: Villard.

- Weiner, H. (1977). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier.
- Weiner, H. (1985). The psychobiology and patho-physiology of anxiety and fear. In A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weiss, D. E. (1991). *The Great Divide*. New York: Poseidon Press/ Simon & Schuster.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1993). Teaching time-limited dynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder and pathological grief. *Psychotherapy*.
- Weiss, J. M., Glazer, H. L., & Pohorecky, L. A. (1976). Coping behavior and neurochemical changes: An alternative explanation for the original «learned helplessness» experiments. In G. Serban & A. Kling (Eds.), *Animal models of human psychobiology*. New York: Plenum Press.
- Weissman, M. M., Bruce, M. L., Leaf, P. J., Florio, L. P., & Holzer, C. (1991). Affective disorders. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Werth, J. (1996). *Rational suicide? Implications for mental health professionals*. Washington, DC: Taylor and Francis.
- West, L. J. (1993). Reflections of the right to die. In A. A. Leenaars (Ed.), *Suicidology*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Westermeyer, J. (1992). Schizophrenia and substance abuse. In A. Tasman & M. B. Riba (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 11). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wettstein, R. M. (1988). Psychiatry and the law. In J. A. Talbott, R. E. Hales & S. C. Yudofsky (Eds.), *American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Whitacre, C. C., Cummings, S. O., & Griffin, A. C. (1994). The effects of stress on autoimmune disease. In R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity*. San Diego: Academic Press.
- Whitehorn, J. C., & Betz, B. J. (1975). *Effective psychotherapy with the schizophrenic patient*. New York: Jason Aronson.
- Whiteside, M. (1983, September 12). A bedeviling new hysteria. *Newsweek*.
- Whiting, J. W. et al. (1966). *Six cultures series: I. Field guide for a study of socialization*. New York: Wiley.
- Wiens, A. N. (1990). Structured clinical interviews for adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Willard, W. (1979). American Indians. In L. D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), *Suicide: Theory and clinical aspects*. Littleton, MA: PSG Publishing Company.
- Williams, R. B. (1989). *The trusting heart: Great news about Type A behavior*. New York: Times Books.
- Williams, R. B. (1989). Biological mechanisms mediating the relationship between behavior and coronary heart disease. In A. W. Siegman & T. M. Dembroski (Eds.), *In search of coronary behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wilson, G. X., Heffernan, K., & Black, C. M. D. (1996). Eating disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*. New York: Guilford.
- Wilson, G. X., & Pike, K. M. (1993). Eating disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Winick, B. J. (1983). Incompetency to stand trial: Developments in the law. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Mentally disordered offenders*. New York: Plenum Press.
- Wink, P. (1996). Narcissism. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.
- Winslade, W. J., & Ross, J. (1983). *The insanity plea*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Wolberg, L. R. (1967). *The technique of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Wolfe, S. M., Fugate, L., Hulstrand, E. P., & Kamimoto, L. E. (1988). *Worst pills best pills: The older adult's guide to avoiding drug-induced death or illness*. Washington, DC: Public Citizen Health Research Group.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy: A long voyage. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1997). From psychoanalytic to behavioral methods in anxiety disorders: A continuing evolution. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference*. New York: Brunner/Mazel.

- Wolpe, J. The case of Mrs. Schmidt [Transcript and record]. Nashville, TN: Counselor Recording and Tests.
- Wolpe, J., Craske, M. G., & Reyna, L. J. (1994). *The comparative efficacy of behavior therapy and psychodynamic methods in the anxiety disorders*. Unpublished manuscript.
- Wooley, S. C., & Wooley, O. W. (1985). Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.
- Yang B., & Lester, D. (1995). Suicidal behavior and employment. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.) *Women and suicidal behavior*. New York: Springer.
- Yehuda, R., Giller, E. L., Southwick, S. M. et al. (1994). The relationship between catecholamine excretion and PTSD symptoms in Vietnam combat veterans and Holocaust survivors. In M. M. Marburg (Ed.), *Catecholamine function in post-traumatic stress disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yontef, G. M., & Simkin, J. F. (1989). Gestalt therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Zaleman, S. (Ed.) (1995). Neural basis of psychopathology. In S. H. Koslow, D. L. Meinecke, L. L. Landerhender, H. Khachaturian, R. K. Nakamura, D. Karp, L. Vitkovic, D. L. Glanzman, & S. Zaleman (Eds.), *The neuroscience of mental health: HA report on neuroscience research — Status and potential for mental health and mental illness*. Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Zarit, S. H., Orr, N., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University.
- Zax, M., & Cowen, E. L. (1969). Research on early detection and prevention of emotional dysfunction in young school children. In C. D. Spielberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Zax, M., & Cowen, E. L. (1976). *Abnormal psychology: Changing conceptions*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality*. Boston: Little, Brown.
- Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology*. New York: Norton.
- Zuckerman, M. (1978). Sensation seeking and psychopathy. In R. D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behavior: Approaches to research*. New York: Wiley.
- Zuckerman, M. (1996). Sensation seeking. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: Wiley.